

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER
FACULTE DE MEDECINE DE GRENOBLE

ANNEE 2013

N°

Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ?

Enquête auprès de femmes.

THESE PRESENTEE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Discipline : Médecine générale

Anne-Laure CHANZY WAROQUET

Née le 20 juillet 1987 à Echirolles (38)

Thèse soutenue publiquement le 11 septembre 2013 à Grenoble

Président du jury : Madame le Professeur HOFFMANN Pascale

Membres du jury : Monsieur le Professeur CHABRE Olivier

Monsieur le Professeur WEIL Georges

Monsieur le Dr EPAULARD Olivier

Monsieur le Dr PATEL François, directeur de thèse

REMERCIEMENTS

A **Madame le Professeur Hoffmann**, qui m'a fait l'honneur d'accepter de présider ma thèse.

A **Monsieur le Professeur Weil, Monsieur le Professeur Chabre, Monsieur le Dr Epaulard** d'avoir accepté avec autant d'enthousiasme de faire partie de mon jury.

A mon directeur de thèse, le **Docteur François Patel**, qui a accepté si gentiment de se lancer avec moi dans cette aventure.

Au **Dr Jérôme Jund**, statisticien à l'hôpital d'Annecy, qui m'a apporté une aide précieuse dans mon travail.

A toute l'équipe du centre de santé universitaire de Grenoble et l'équipe du planning familial de Gambetta, ainsi que **Mesdames les Dr PERRIAUX, Dr BUISSIERES et Dr POLLAK** qui ont porté un intérêt à mon travail et accepté de distribuer mes questionnaires.

A **mes parents**, pour leur amour et leur soutien pendant ces longues années d'études ainsi que pour leur aide précieuse qu'ils m'ont apporté pour ce travail.

A **tout le reste de ma famille**, et plus particulièrement frères et sœurs et grands-parents, qui ont toujours cru en moi.

A **mes amis**, qui ont toujours répondu présents quand j'en avais besoin.

Enfin, je remercie **Pierre-Alexandre**. Merci pour ta patience, ton soutien et ton amour que tu m'apportes chaque jour. Merci pour tous ces moments de bonheur passés ensemble, en espérant que ceux à venir soient encore meilleurs.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS	1
ABREVIATIONS	5
INTRODUCTION	6
1 PARTIE I : GENERALITES	7
1. 1 Les différentes méthodes contraceptives [6].....	7
1.1.1 La contraception oestro-progestative	7
1.1.2 La contraception progestative	8
1.1.3 La contraception d'urgence.....	9
1.1.4 Dispositifs intra-utérins.....	9
1.1.5 Les méthodes de stérilisation.....	9
1.1.6 Les méthodes barrières	10
1.1.7 Les méthodes naturelles	11
1.2 Les françaises et leur contraception	12
1.3 L'IVG en France	14
2 PARTIE II : LE DIU, REVUE DE LA LITTERATURE	16
2.1 Le dispositif intra-utérin au cuivre	16
2.1.1 Mécanisme d'action	16
2.1.2 Indications.....	16
2.1.3 Efficacité	17
2.1.4 Modalités d'utilisation	17

2.1.5	Contre-indications	17
2.1.6	Effets indésirables [8].....	19
2.1.7	Complications	20
2.2	Particularités chez la nullipare	22
2.3	Pourquoi ce désamour pour le stérilet, la faute est-elle médicale ?	24
2.3.1	Un manque d'information des patientes.....	25
2.3.2	Une réticence du milieu médical	26
2.4	Opinions des femmes sur le DIU	27
2.4.1	Revue de la littérature	27
2.5	Conclusions : problématique et justification de l'étude	30
3	PARTIE III : ETUDE.	31
3.1	Objectifs	31
3.2	Méthode	32
3.2.1	Lieux et période de recueil des données	32
3.2.2	Population étudiée	32
3.2.3	Questionnaire.....	33
3.2.4	Saisie et analyse des données	34
3.3	Résultats	34
3.3.1	Caractéristiques de la population.....	34
3.3.2	Objectif principal : réticences et motivations	40
3.3.3	Connaissances des patientes	44
3.3.4	Caractéristiques socio-économiques et choix du stérilet	47

3.3.5	Origine de l'information	47
3.4	Discussion	50
3.4.1	Contenu du questionnaire	50
3.4.2	Population et lieux de distribution	51
3.4.3	Résultats	53
3.4.4	Perspectives	57
	CONCLUSION.....	61
	ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE	63
	ANNEXE 2 : Méthodes contraceptives utilisées en France et dans le monde.....	68
	ANNEXE 3 : Cout des différentes méthodes contraceptives	69
	BIBLIOGRAPHIE	71

ABREVIATIONS

INPES : Institut National de Prévention et d' Education pour la santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

DIU : Dispositif intra-utérin

HAS : Haute Autorité de la Santé

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IST : Infection Sexuellement Transmissible

CI : Contre-indication

VIH : Virus de l'Immunodéficience humaine

SIDA : Syndrome d'immunodéficience Acquise

MIP : Maladie Inflammatoire Pelvienne

GEU : Grossesse Extra-utérine

INSEE : Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

ANSM : Agence Nationale de la Sécurité du Médicament

INTRODUCTION

En France, d'après l'enquête FECOND menée en 2010, près de 97% (92% selon l'INPES) des femmes sexuellement actives au cours des douze derniers mois et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une méthode de contraception [1,2]. Malgré une diffusion de plus en plus large des méthodes contraceptives, le taux de grossesses non désirées et d'interruptions volontaires de grossesse (IVG) reste stable, avec environ 220 000 IVG par an, et tend même à augmenter dans certaines tranches d'âge et notamment chez les 20-24 ans [3, 4]. On estime que près de 40% des femmes y ont recours dans leur vie [5]. Actuellement une grossesse sur trois n'est pas prévue et deux tiers des femmes ayant eu recours à une IVG avaient une contraception [5]. La problématique n'est donc pas l'absence de contraception mais l'échec de la contraception utilisée. Autrement dit, le choix de la méthode doit être adapté à chaque patiente et à son mode de vie. En France, la contraception orale est de loin le contraceptif le plus utilisé par les femmes. Ainsi, parmi les femmes qui déclarent « faire quelque chose pour éviter une grossesse » en 2010, 55,5 % utilisent la pilule. Elles sont 71 % chez les moins de 35 ans [2]. Le DIU (dispositif intra-utérin) est le second moyen de contraception le plus utilisé (26% des femmes en 2010) mais reste le fait des femmes plus âgées ou ayant eu des enfants [1,2]. Selon l'enquête FEOND, seulement 1.3% des femmes nullipares utilisent cette méthode [1]. Alors que c'est chez les femmes jeunes que le problème d'observance est le plus important, on peut se demander pourquoi les méthodes réversibles dites de longue durée (« sans oubli »), comme le dispositif intra-utérin (DIU) ou l'implant ne sont pas plus utilisées dans cette population. Cette question est d'autant plus d'actualité, alors qu'il est maintenant reconnu que les pilules oestro-progestatives de

troisième et quatrième génération n'ont aucune indication en première intention. Le but de notre travail est d'étudier les freins à l'utilisation du DIU chez les femmes nullipares en m'intéressant plus particulièrement à l'avis des patientes. C'est en s'intéressant à leurs opinions et en cernant leurs réticences que nous pourrons mieux les rassurer et les accompagner dans leurs choix.

1 PARTIE I : GENERALITES

1. 1 Les différentes méthodes contraceptives [6]

La Haute Autorité de Santé (HAS) publie en 2004, les recommandations concernant la stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme.

Voici un rappel des différentes méthodes.

1.1.1 La contraception oestro-progestative

La contraception oestro-progestative est l'une des méthodes de première intention, pour les femmes ne présentant pas de facteur de risque particulier (thromboembolique, cancéreux, hépatique, etc.). Il s'agit d'une méthode relativement efficace dans son emploi courant et très efficace lorsqu'elle est employée de manière optimale. La pilule est la principale méthode oestro-progestative, mais de nouvelles méthodes comme l'anneau ou le patch contraceptif se sont développées et représentent des alternatives pour les femmes présentant des problèmes d'observance. Toutes les générations de pilules oestro-progestatives sont associées à une augmentation du risque d'accident thromboembolique, qu'elles soient de deuxième ou de troisième génération. Mais le risque des troisième et quatrième générations est deux à trois fois supérieur à celui des deuxièmes.

Les principales contre-indications des méthodes contraceptives oestro-progestatives sont d'ordre cardio-vasculaire, carcinologique et hépatique. Il est également important de prendre en compte le risque d'interaction médicamenteuse avec des médicaments inducteurs enzymatiques, qui diminuent leur efficacité.

1.1.2 La contraception progestative

La contraception progestative est à classer, de même que les oestro-progestatifs, au rang des méthodes relativement efficaces dans leur emploi courant et très efficaces en utilisation optimale. Elle est souvent prescrite en deuxième intention, souvent en cas de contre-indication aux oestro-progestatifs. Il en existe plusieurs formes :

- La pilule micro-progestative, la plus prescrite, qui demande une prise rigoureuse.
- L'implant contraceptif, le plus efficace mais qui est régulièrement mal toléré car fortement dosé (risque accru de saignement, aménorrhée, prise de poids, acné...)
- Le DIU au levonorgestrel
- Les macro-progestatifs, plutôt indiqués en cas de ménométrorragies péri-ménopausiques, ils ont une efficacité contraceptive reconnue mais n'ont pas l'AMM (Autorisation de mise sur le marché) dans cette indication.
- La contraception progestative injectable, très peu utilisée

Les principales contre-indications sont la grossesse, les antécédents de cancer du sein et les pathologies hépatiques sévères. Il existe également un risque d'interaction médicamenteuse avec les inducteurs enzymatiques.

1.1.3 La contraception d'urgence

Elle peut faire appel soit au DIU au cuivre soit à la contraception d'urgence hormonale. Elle est d'autant plus efficace qu'elle est utilisée plus précocement après le rapport non protégé. La contraception hormonale d'urgence progestative est efficace à 95% lorsqu'elle est prise dans les premières 24 heures et son efficacité diminue à 58% entre 48 et 72 heures, mais reste encore intéressante jusqu'à cinq jours. Il en existe deux, NORLEVO (levonorgestrel) et ELLAONE (ulipristal). Cette dernière a une AMM pour cinq jours contre trois jours pour le NORLEVO mais en pratique elle n'a jamais fait la preuve de sa supériorité, même à cinq jours du rapport à risque [7]. Il est important de prévenir la patiente de la nécessité d'utiliser une contraception locale pendant sept jours après le rapport à risque. Le DIU au cuivre peut être posé dans les cinq jours après le rapport à risque, avec un taux d'échec de 0.1 à 0.2% quel que soit le moment du cycle.

1.1.4 Dispositifs intra-utérins

Le DIU est une autre méthode contraceptive de première intention, considérée comme toujours très efficace, qui présente l'avantage d'une longue durée d'action et pour laquelle aucun risque cancéreux ou cardio-vasculaire n'est établi. Il existe deux principaux types de DIU : le DIU au cuivre et le DIU au levonorgestrel. Les principaux risques, indications et contre-indications seront détaillés dans le chapitre dédié, en deuxième partie.

1.1.5 Les méthodes de stérilisation

Elles sont régies par la loi du quatre juillet 2001 relatives à l'IVG et à la contraception. Ces méthodes sont en effet susceptibles, sur simple demande de la personne

concernée ou sur proposition du médecin, d'apporter une réponse contraceptive appropriée dans certaines situations médicales, sociales ou culturelles particulières. Il s'agit d'interventions chirurgicales qui présentent des risques potentiels. Les méthodes de stérilisation féminine ont l'avantage de n'avoir aucune contre-indication permanente. Le Code de santé publique précise que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive ne peut être pratiquée sur une personne mineure » et qu'« elle ne peut être pratiquée que si la personne majeure intéressée a exprimé une volonté libre, motivée et délibérée en considération d'une information claire et complète sur ses conséquences. Un livret, récapitulant les informations essentielles à communiquer sur la stérilisation, a été élaboré par le ministère de la Santé et doit être remis à ce titre aux femmes concernées. Un délai de réflexion de quatre mois doit être respecté après information initiale sur la stérilisation et recueil du consentement. La signature d'un consentement éclairé est obligatoire. Il est recommandé de n'envisager cette méthode chez les femmes jeunes ou nullipares qu'avec la plus grande réserve et la plus grande précaution.

1.1.6 Les méthodes barrières

Les préservatifs peuvent être masculins ou féminins. Il s'agit des seules méthodes qui aient fait preuve de leur efficacité dans la prévention de la transmission des infections sexuellement transmissibles. Bien que moins efficaces que les méthodes contraceptives hormonales ou que les méthodes mécaniques telles que le DIU, les préservatifs sont efficaces lorsqu'ils sont utilisés de manière optimale (même si leur efficacité est moindre en emploi courant). Les méthodes barrières autres que les préservatifs (diaphragme, cape cervicale, spermicides...) n'ont pas démontré leur efficacité anti-infectieuse et ne peuvent être considérées comme efficaces a priori. Au regard des autres méthodes disponibles, il s'agit de méthodes à risque d'échec

contraceptif élevé dans leur emploi courant et qui ne sauraient être recommandées sur ce seul critère.

1.1.7 Les méthodes naturelles

Les méthodes naturelles comprennent essentiellement le retrait, la méthode de l'aménorrhée lactationnelle et les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation de la glaire cervicale. La méthode de l'aménorrhée lactationnelle, lorsque l'allaitement est exclusif, est d'une efficacité comparable à celle d'une contraception orale. Avec un risque d'échec élevé en usage courant, les autres méthodes devraient être réservées à des femmes connaissant bien leur cycle, maîtrisant bien l'utilisation de la méthode et acceptant ou pouvant médicalement s'exposer à un risque de grossesse. Les méthodes naturelles ont en revanche l'avantage de n'avoir aucune contre-indication. Il est recommandé que leurs principes généraux soient exposés à toute femme, et à son partenaire envisageant l'utilisation d'une méthode contraceptive. À défaut d'autre méthode contraceptive, elles pourraient en effet démontrer leur utilité.

Le tableau 1 représente les différentes méthodes contraceptives et leur efficacité, définie par l'indice de Pearl, c'est-à-dire le taux de grossesse par an pour cent femmes. La différence possible entre l'efficacité optimale et l'efficacité en pratique courante constitue un argument fort pour que la femme soit impliquée dans un choix adapté à sa réalité quotidienne.

Tableau 1 : Efficacité des différentes méthodes contraceptives, HAS [6].

Efficacité	Méthode	Grossesses pour 100 femmes au cours des 12 premiers mois d'utilisation	
		En pratique courante	En utilisation optimale*
Toujours très efficace	Implants	0,1	0,1
	Vasectomie	0,2	0,1
	Stérilisation féminine	0,5	0,5
	Progestatifs injectables	0,3	0,3
	DIU	0,8	0,6
	Pilules progestatives pures (au cours de l'allaitement)	1	0,5
	Méthode de l'aménorrhée lactationnelle	2	0,5
Efficace dans son emploi courant	Contraception orale oestroprogestative	6-8	0,1
	Pilules progestatives pures (en dehors de l'allaitement)	- §	0,5
Très efficace lorsqu'elle est employée correctement et régulièrement (utilisation optimale)	Préservatifs masculins	14	3
	Retrait	19	4
	Diaphragme et spermicide	20	6
	Méthodes naturelles	20	1-9
	Préservatifs féminins	21	5
	Spermicides	26	6
	Cape cervicale (nullipares)	20	9
	Cape cervicale (multipares)	40	26
	Pas de méthode	85	85

* Correspond à l'efficacité obtenue des essais thérapeutiques.

§ : En dehors de l'allaitement les pilules progestatives pures sont « un peu » moins efficaces que les contraceptifs oraux oestroprogestatifs.

On peut constater, qu'après la stérilisation et l'implant, le DIU est le contraceptif le plus efficace, avec un indice de Pearl à 0.6 (0.8 en pratique courante).

1.2 Les françaises et leur contraception

En 2010, près de 97% des femmes en âge de procréer, sexuellement actives et ne cherchant pas à avoir un enfant utilisent une contraception [1]. La couverture contraceptive est donc quasi généralisée. Le tableau 2 ci-dessous représente les principales méthodes contraceptives utilisées en France par les femmes en 2010, en fonction des tranches d'âge [2].

Tableau 2 : Principales méthodes contraceptives utilisées par les femmes âgées de 15 à 49 ans en 2010 (en %) déclarant utiliser une méthode contraceptive [INPES]

	Contraception définitive (stérilisation)	DIU (ou stérilet)	Implant, patch, anneau, injection	Pilule	Préservatif	Méthodes locales	Méthodes naturelles
15-19 ans	-	-	2,8	78,9	18,3	-	-
20-24 ans	-	3,7	5,4	70,8	83,4	7,2	-
25-34 ans	0,5	20,3	6,2	63,4	8,7	0,1	0,8
35-44 ans	3,5	36,0	3,9	43,4	11,6	0,2	1,4
45-49 ans	5,2	43,2	3,4	35,5	9,7	0,4	2,6
Total	2,2	26,0	4,7	55,5	10,3	0,1	1,2

On peut constater que la pilule est le moyen contraceptif majoritairement utilisé, par plus d'une femme sur deux (55%) et plus particulièrement par les moins de 35 ans (70.8% des femmes). Elle a malgré tout tendance à légèrement diminuer depuis le début des années 2010 (-4.6%), au profit des préservatifs chez les 18-24 ans, et des nouvelles méthodes hormonales comme l'implant (2.6%), l'anneau vaginal (1%) et le patch contraceptif (0.4%) chez les 25-29 ans [1].

Le DIU est le second moyen contraceptif, avec 26% des femmes mais la pilule reste majoritaire avant 45 ans. Cependant, le recours au DIU a tendance à diminuer alors que l'utilisation du préservatif seul a tendance à augmenter (10.3% en moyenne, 18% chez les 15-19 ans).

Enfin, la stérilisation ne concerne qu'une minorité de femmes (2.2%) alors qu'elle a été légalisée en 2001. La particularité française par rapport aux autres pays de niveau de développement comparable est l'utilisation massive de la contraception orale. Aux Etats-Unis, au Canada, en Chine ou encore au Brésil, les femmes ont massivement recours à la stérilisation (environ 50%) et beaucoup moins à la pilule (20%) (cf annexe 2). L'utilisation du DIU est quant à elle plus élevée en France qu'au Canada ou aux Etats-Unis (1 à 4%) mais reste plus faible qu'en Chine (43%) [2].

1.3 L'IVG en France

Une grossesse sur cinq serait non désirée. En cas de grossesse non désirée, les femmes recourent plus fréquemment à une IVG aujourd'hui qu'auparavant (six grossesses non prévues sur dix se soldent par une IVG contre quatre sur dix en 1975) [5, 8]. Au total, un peu plus de 222 000 IVG sont réalisées en France chaque année. Avec quinze IVG pour mille femmes, la France se situe dans la moyenne européenne, très au-dessus cependant de l'Allemagne ou des Pays-Bas, plus proches de six IVG pour mille femmes [4]. C'est parmi les femmes de 20 à 24 ans que le taux d'IVG demeure le plus élevé, il concerne 26,9 IVG pour 1000 femmes en 2010 [4]. En nombre d'IVG, la région Rhône-Alpes se situe un peu en dessous de la moyenne nationale avec un taux de treize pour mille chez les 15-49 ans.

Comment expliquer ce taux si élevé malgré la large diffusion de la contraception en France ?

D'après le rapport de l'IGAS (Inspection générale des affaires sociales) [9], le recours important à l'IVG ne concerne qu'une part assez faible de femmes n'ayant pas de contraception. Il est dû d'une part à un défaut de connaissance des femmes sur le fonctionnement des méthodes contraceptives, le recours à la contraception d'urgence et la notion du risque de grossesse ; et d'autre part aux méthodes contraceptives mal adaptées aux patientes. En effet, plus de deux tiers des IVG surviennent chez des femmes qui utilisent une contraception. Le recours à l'IVG est lié dans près d'un cas sur deux à un échec de celle-ci et une femme sur deux ayant recours à l'IVG avait changé de contraception dans les six mois précédant le rapport fécondant [5].

Selon l'étude BVA-INPES [3] parue en 2007, une femme sur cinq oublie sa pilule au moins une fois par mois. Les échecs de contraception seraient plus fréquents chez

les jeunes, chez les femmes célibataires et chez les femmes n'ayant pas de relation régulière.

D'après l'enquête COCON [5], au moment de la conception ayant donné lieu à une IVG, outre les 28% de femmes sans contraception, 23% prenaient une pilule contraceptive, 38% utilisaient préservatifs ou méthodes naturelles, 7% avaient un DIU. Le recours à la contraception d'urgence en cas d'échec reste peu fréquent, huit à dix pour cent des femmes en France déclaraient avoir utilisé une contraception d'urgence au cours de leur vie et parmi les femmes se présentant pour une IVG seules trois à neuf pour cent auraient pensé à l'utiliser pour éviter cette grossesse [9].

En conclusion, on constate une prescription toujours importante de la contraception orale au détriment des contraceptions de longue durée, et un réel manque d'information donnée aux patientes. La « norme contraceptive française » consistant en l'utilisation du préservatif au début de la vie sexuelle puis de la pilule dès que la relation se stabilise puis du DIU dès que le nombre d'enfants est atteint, s'est encore renforcée lors de cette dernière décennie [5].

Le DIU est toujours perçu par les femmes comme une contraception d'arrêt [3] malgré les recommandations de la HAS publiées en 2004 soulignant que le DIU peut être proposé aux femmes nullipares [10]. Il semblerait que les médecins privilégieraient des méthodes qu'ils jugent efficaces alors qu'elles ne sont pas forcément adaptées aux patientes et aux couples. Par conséquent, elles seraient moins bien utilisées et pourvoyeuses d'échecs [2]. Il est donc indispensable, lors d'une consultation pour une contraception, d'impliquer la patiente dans le choix de sa contraception, après lui avoir proposé les différentes options, et de s'assurer de sa

compréhension. En effet, plus la patiente est engagée dans son choix, plus elle est satisfaite et plus la contraception est efficace.

2 PARTIE II : LE DIU, REVUE DE LA LITTERATURE

2.1 Le dispositif intra-utérin au cuivre

Le DIU est la méthode contraceptive la plus utilisée dans le monde [10]. En France, ne sont plus commercialisés que les DIU de troisième génération, présentant une surface radio-opaque importante et un DIU sans cuivre, délivrant in utero une dose de 20µg par jour de levonorgestrel (MIRENA). Ce dernier ne doit généralement pas être utilisé chez une femme nullipare en première intention. C'est pourquoi, nous nous intéresserons plus particulièrement au DIU au cuivre, qui constitue l'objet de mon étude.

2.1.1 Mécanisme d'action

Il agirait en provoquant une réponse inflammatoire stérile dans la cavité utérine. Cette réaction est toxique pour les spermatozoïdes et empêche ceux-ci de parvenir aux trompes de Fallope. Il semble aussi réduire les capacités d'implantation d'un éventuel œuf fécondé [11,12].

2.1.2 Indications

Le DIU au cuivre à l'AMM pour la contraception intra-utérine usuelle et en contraception d'urgence post-coïtale dans un délai de 120 heures après un rapport non protégé.

2.1.3 Efficacité

En prévention optimale, l'OMS rapporte un taux de grossesse à un an de 0.6%, ce qui est comparable aux indices de Pearl retrouvés dans la littérature. En contraception d'urgence, la pose de DIU est très efficace avec un taux d'échec d'environ 0.1 à 0.2%.

2.1.4 Modalités d'utilisation

Il est recommandé de réaliser une hystérométrie avant la pose pour déterminer la profondeur utérine. Il est habituellement posé en première partie de cycle pour éviter d'insérer un DIU chez une femme enceinte mais ceci est à pondérer en fonction de l'évaluation du risque de grossesse. La durée maximale retenue est de cinq ans, dix ans pour le TT380.

2.1.5 Contre-indications

Les contre-indications absolues proscrivant l'utilisation d'un DIU au cuivre, faisant l'objet d'un large consensus, retenues par l'OMS, sont les suivantes :

- Grossesse suspectée
- Infection puerpérale en post-partum
- Immédiatement après un avortement septique
- Toute anomalie utérine entraînant une déformation de la cavité utérine
- Saignements vaginaux/génitaux inexpliqués
- Maladie trophoblastique gestationnelle maligne (risque accru de perforation compte tenu de l'exigence des curetages)
- Cancer du col utérin
- Cancer de l'endomètre
- Fibromes utérins avec déformation de la cavité utérine

- Infection génitale haute en cours ou datant de moins de 3 mois
- Tuberculose génito-urinaire
- IST en cours ou datant de moins de 3 mois.

L'OMS indique que le DIU n'est habituellement pas recommandé dans les situations suivantes (CI relatives) :

- Entre 48h et 4 semaines post-partum
- Maladie trophoblastique gestationnelle bénigne
- Cancer de l'ovaire (DIU à retirer au moment du traitement).
- Risque accru d'IST, sérologie VIH positive et SIDA.

Le groupe de travail de l'OMS souligne la prudence et le suivi à adopter en cas de :

- Traitement anti-inflammatoire au long cours (le risque de moindre efficacité n'est pas démontré par la littérature mais il existe des risques infectieux et hémorragiques potentiels)
- Traitement immunosuppresseur (il existe des risques infectieux potentiels, non étayés par la littérature)
- Dysménorrhée sévère, ménorragie, anémie (préférer le DIU au levonorgestrel)
- Coagulopathie, traitement anticoagulant (risque de saignement ou de règles plus abondantes)
- Haut risque d'infection génitale haute (infections récurrentes)
- Utérus cicatriciel secondaire (d'autre cause qu'une césarienne)
- Valvulopathie à risque d'endocardite.

Chez les nullipares, le DIU est considéré comme utilisable de manière générale, « les bénéfices l'emportant généralement sur les risques théoriques ou avérés ». Les recommandations de l'American Academy of Pediatrics sont de proposer cette méthode aux adolescentes ayant une sexualité à risque réduit et qui ne peuvent pas utiliser une autre méthode contraceptive.

2.1.6 Effets indésirables [8]

2.1.6.1 Méno-métrorragies [12]

Chez les femmes porteuses de DIU au cuivre, les saignements menstruels sont parfois augmentés de moitié, par rapport aux femmes qui n'en portent pas. Ce phénomène diminue avec le temps mais peut être responsable d'un taux d'abandon de 20% à cinq ans.

2.1.6.2 Douleurs et dysménorrhées

Les douleurs pelviennes représentent un effet indésirable possible du DIU et est responsable de six pour cent d'abandon de cette méthode à cinq ans. Ces douleurs peuvent être expliquées par les contractions dues à la présence du DIU.

2.1.6.3 Difficultés au moment de la pose [12]

Des difficultés d'insertion ont été rencontrées dans 1.3% des cas. Elles ont été 17 fois plus fréquentes en cas de rétroversion utérine. Globalement, douleurs, saignements, malaises vagues, nausées, ont été rapportés dans 1.2% des cas au moment de la pose. Ces effets indésirables ont été plus fréquents chez les nullipares et lorsque l'opérateur était peu expérimenté.

2.1.7 Complications

2.1.7.1 Risque de complication infectieuse [6,8,10,11,12,13]

La maladie inflammatoire pelvienne (MIP) est définie par les termes salpingite, endométrite, ou péritonite. Le risque de MIP est avéré mais seulement dans les vingt premiers jours après la pose (9.7 pour 1000 femmes par an pour redescendre ensuite et rester constant à 1.54 pour 1000) [6,10]. En dehors des 3 premières semaines, le risque semble un peu supérieur à celui des femmes sans DIU, mais il est difficile à chiffrer, même dans les méta-analyses publiées par l'OMS. Ce risque serait d'autant plus augmenté si la patiente est porteuse (le plus souvent de manière asymptomatique) de *Chlamydia trachomatis*, par un mécanisme d'extension ascendante [12]. Selon Serfaty, le taux de retrait du DIU à un an d'utilisation pour infection varie de 0.1 à 2.5% selon les études [11]. Les complications infectieuses semblent plus liées au mode de vie sexuel qu'au DIU en lui-même, et ne seraient pas augmentées chez les patientes nullipares [8,11]. Des études ont été menées sur l'intérêt d'une antibioprophylaxie avant la pose et ne concluent pas à son efficacité, elle n'est donc pas recommandée [10]. Il est cependant important de dépister à l'interrogatoire un risque d'infection sexuellement transmissible et notamment de *Chlamydia* et de les dépister si nécessaire. Les femmes doivent être prévenues que le DIU ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles (IST) et du risque infectieux augmenté dans les trois premières semaines ainsi que des signes devant les amener à consulter [8].

2.1.7.2 Risque de stérilité tubaire

Aucune étude n'a démontré le risque de stérilité après utilisation d'un DIU, que ce soit chez les nullipares ou chez les multipares. Le risque serait plus lié au portage de

Chlamydia trachomatis qu'au DIU en lui-même [14]. Le taux de grossesse suite au retrait du DIU varie de 72 à 92% à un an et de 78 à 100% à deux ans, ce qui est comparable aux autres modes de contraception [8, 10].

2.1.7.3 Risque de grossesse extra-utérine (GEU) [10,11]

L'incidence des GEU chez les utilisatrices de DIU est de l'ordre de 0.02 pour 100 femmes par an alors qu'elle varie de 0.3 à 0.5 pour 100 femmes n'utilisant pas de contraception. Le risque absolu est donc extrêmement faible mais si une grossesse débute sous DIU, la probabilité de GEU est augmentée (1 grossesse sur 20) [12]. Il n'y a pas de différence retrouvée entre les nullipares et les multipares. C'est pourquoi toute femme doit être avertie du risque et de la nécessité de consulter en cas de métrorragies ou de douleur pelvienne. Rappelons qu'il existe beaucoup de facteurs de risques de GEU indépendants de l'usage du DIU comme les antécédents d'IST, la chirurgie tubaire, le tabac, l'âge, les antécédents de fausses couches ou de GEU.

2.1.7.4 Risque de perforation utérine

Il s'agit d'une complication rare. L'incidence est d'environ 1 pour 1000 [11]. Le post-partum est une période à risque de perforation, c'est pourquoi le DIU n'est pas recommandé dans les 48 heures et jusqu'à quatre semaines après l'accouchement [10].

2.1.7.5 Risque d'expulsion

Le risque varie de un à sept pour cent selon les études et l'expulsion survient en général dans les trois premiers mois après l'insertion. Il serait légèrement augmenté chez les femmes nullipares.

2.2 Particularités chez la nullipare

La HAS précise dans ses recommandations publiées en 2004 que le DIU chez les patientes nullipares est une méthode utilisable de manière générale, « les bénéfices l'emportant généralement sur les risques avérés » [10]. Pourtant, bien qu'il soit le deuxième moyen contraceptif le plus utilisé en France, il ne concerne seulement que 1.3% des patientes nullipares [1]. Il semble que la principale raison de cette sous-utilisation du stérilet dans cette population soit avant tout la vision erronée des patientes vis-à-vis de ce moyen de contraception à mauvaise réputation [15]. Pour la majorité de ces patientes, la crainte d'effets secondaires, l'inquiétude liée aux infections ou à l'infertilité décourageant [15, 16]. Pourtant le taux de continuation à un an est de 88% pour le DIU au levonorgestrel et de 84% pour le DIU au cuivre, alors qu'il est de 54% pour la pilule oestro-progestative [17]. De plus le taux de grossesse non désirée est 22 fois plus bas avec les méthodes dites de longue durée (implants, DIU) qu'avec les autres méthodes contraceptives [18]. Ces chiffres sont la preuve d'une très bonne tolérance et efficacité de ces dispositifs.

Mais qu'en est-il chez les nullipares et les adolescentes ? Existe-t-il plus d'effets indésirables et de complications ?

Plusieurs études mettent en évidence un taux d'expulsion plus élevé chez les patientes nullipares (5 à 22%) que chez les multipares (3 à 5%) [18,19] mais aussi chez les moins de vingt ans par rapport aux femmes plus âgées [15]. Le Dr Chouinard, dans une revue de formation continue canadienne précise qu'une condition préalable à la pose de DIU chez ces patientes est une dimension utérine suffisante avec une hystérométrie d'au moins six centimètres [20].

Il apparaît également que chez les nullipares et les adolescentes il y ait plus de retrait du DIU pour douleurs et saignements importants même si cela tend à s'améliorer avec l'utilisation de stérilets plus petits et plus adaptés [19, 21]. Le taux de retrait pour effets indésirables est moins important chez les patientes porteuses d'un stérilet hormonal que chez celles portant un DIU au cuivre [22].

Dans une étude menée aux Etats-Unis auprès des adolescentes, le taux de continuation à un an pour le DIU au levonorgestrel est de 85%, c'est un taux comparable aux patientes plus âgées. En revanche, pour le DIU au cuivre, le taux est un peu moins élevé chez les adolescentes mais reste cependant important (72% à un an) [18].

D'un point de vue technique l'insertion semble plus difficile et plus douloureuse chez les adolescentes et les nullipares. Plus de la moitié des patientes rapportent un inconfort ou une douleur pendant la pose. Malgré tout, plus de 95% des DIU ont été posés sans complication [18, 21]. Pour contrôler la douleur on utilise habituellement de l'ibuprofène une heure avant la pose et/ou un bloc paracervical lors de l'insertion. Le Misoprostol per os ou intra-vaginal n'a pas fait la preuve de son efficacité [18, 20].

Le DIU est une méthode réversible, la plupart des études montrent un taux de fertilité après retrait du DIU comparable chez les nulli et multipares [14, 20].

Concernant le risque infectieux et par conséquent le risque d'occlusion tubaire et d'infertilité, il apparaît que ce n'est pas le DIU en lui-même qui est responsable d'occlusion tubaire mais la présence asymptomatique de Chlamydia Trachomatis [14,18]. Hors il est vrai que sa prévalence est maximale chez les jeunes de 18 à 24

ans, pouvant atteindre huit pour cent chez les moins de vingt ans et cinq pour cent chez les 20-25 ans [16, 23]. C'est pourquoi, dans cette population, certains auteurs suggèrent de dépister à l'interrogatoire les jeunes femmes à risque, voire même de procéder à un prélèvement systématique avant ou le jour de l'insertion. De cette façon, si le prélèvement revient positif, cela permet de démarrer rapidement un traitement antibiotique sans avoir à retirer le DIU [18, 20].

Il est important de leur rappeler que le DIU ne protège pas contre les infections sexuellement transmissibles et de consulter rapidement en cas de fièvre, douleur pelvienne, leucorrhées anormales. Avec toutes ces précautions, le risque infectieux dans cette population semble réduit. Rappelons que ce risque est faible (mais important à connaître) et à considérer uniquement dans les trois premières semaines après la pose.

En conclusion, il existe un taux d'expulsion et d'effets indésirables légèrement augmentés chez les adolescentes et les nullipares ainsi qu'une insertion parfois plus douloureuse, selon l'expérience de l'opérateur. Malgré cela, le DIU est une méthode sûre, efficace et bien tolérée par ces patientes. Son taux de continuation à un an est de 72% (pour le DIU au cuivre) versus 54% pour la contraception oestro-progestative, il devrait donc faire partie des méthodes contraceptives de première intention dans cette population.

2.3 Pourquoi ce désamour pour le stérilet, la faute est-elle médicale ?

Nous venons de voir que le DIU est une méthode sûre et efficace chez les patientes nullipares. De plus, cette méthode de contraception est l'une des moins onéreuse.

Un DIU coûte en moyenne 30 euros pour cinq voire dix ans, soit 50 centimes par mois et est remboursé à 65% par la sécurité sociale (cf annexe 3).

Pour quelles raisons cette méthode n'est-elle pas plus utilisée dans cette population?

2.3.1 Un manque d'information des patientes

D'après l'enquête FECOND, le manque d'information des femmes sur les avantages de cette méthode, la peur des effets secondaires et le caractère prolongé perçu comme difficilement réversible sont des freins importants à la diffusion de cette méthode [1]. D'après Fleming, seulement 45 % des femmes ont entendu parler du stérilet par un professionnel de santé (53% des multipares et 27% des nullipares). Ces femmes ont 2.7 fois plus de chance de choisir cette méthode que celles n'ayant pas reçu d'information [24]. Dans une enquête menée aux Etats-Unis par Whitaker, seulement 40% des adolescentes et des femmes jeunes (19-24 ans) ont déjà entendu parler du DIU. Parmi celles-ci 37.5% en avaient une opinion positive. Après une brève intervention explicative de trois minutes délivrée aux patientes, 53,5% des participantes avaient un avis favorable sur cette méthode de contraception [25].

The Contraceptive CHOICE Project, mené par SECURA, dans la région de Saint-Louis, avait pour but de promouvoir les contraceptifs de longue durée d'action (implant et DIU). Pour cela les participantes recevaient une information détaillée sur les méthodes de longue durée et pouvaient choisir n'importe quel moyen de contraception qui leur était délivré gratuitement pendant 3 ans. 41 % des patientes étaient nullipares. Les résultats montrent qu'après cette information 67% ont choisi l'une de ces méthodes dont 56 % un DIU [26].

Ces données sont bien la preuve que les femmes ne sont pas informées sur ce moyen de contraception et que cette information peut réellement influencer positivement le choix de cette méthode.

2.3.2 Une réticence du milieu médical

En dépit des recommandations de la HAS publiées en 2004, 68% des gynécologues et 84% des généralistes français considèrent que le stérilet n'est pas approprié chez la nullipare [1]. Il semble que les professionnels de santé aient du mal à changer leurs pratiques et n'aient pas souvent renouvelé leurs connaissances. La formation des professionnels, et notamment des médecins généralistes, à la pose de stérilet permettrait sans doute de lever ces craintes. Plusieurs études internationales menées auprès de professionnels de santé montrent que beaucoup ont des idées erronées à propos du DIU ou ne sont pas prêts à changer leurs pratiques [27, 28, 29, 30, 31].

Chrystal P Tyler, dans une enquête menée aux Etats-Unis en 2010, précise que 30% des professionnels de santé ont une vision erronée sur la sécurité du DIU. Cette mauvaise perception est surtout retrouvée chez les médecins généralistes libéraux et les médecins non formés à la pose. De plus, plus de 60% des professionnels de santé déclarent ne prescrire que très peu souvent de DIU aux nullipares [27].

Dans une autre étude menée en 2008 à New York, Julia E Kohn met en évidence que 94% des professionnels de santé estiment que le DIU est une méthode sûre et 86% qu'il peut être utilisé chez la nullipare. Paradoxalement seulement 55% des répondants recommanderaient cette méthode aux nullipares, aux moins de 20 ans et aux femmes non mariées [28].

Au Canada, dans une étude menée auprès de médecins généralistes, plus de 60% pensent que la maladie inflammatoire pelvienne et les grossesses extra-utérines constituent des risques majeurs et 50% pensent que son inefficacité est un risque important. 79% ne le recommanderaient pas aux patientes nullipares et 50% se disent intéressés par une formation spécifique sur le DIU et sa pose [29].

Au vue de ces données, on peut dire que les professionnels de santé surestiment le risque d'infertilité et de maladie inflammatoire pelvienne mais aussi de grossesse extra-utérine liés au DIU [30, 31]. Chez les nullipares, la notion de peur de la difficulté de la pose est aussi retrouvée, bien que dans la majorité des études, l'insertion se fait avec succès et ce d'autant plus que l'opérateur est entraîné [31].

2.4 Opinions des femmes sur le DIU

2.4.1 Revue de la littérature

On a pu constater précédemment que de nombreux médecins émettent encore des réserves à proposer un DIU chez les patientes nullipares.

Mais que pensent ces femmes du DIU ? Quelles sont leurs connaissances ?

La littérature sur ce thème est encore très pauvre. J'ai pu trouver quelques études américaines, sur l'opinion des femmes sur ce moyen de contraception. Elles ne sont pas menées dans une population exclusivement nullipare mais plutôt sur des patientes jeunes.

L'étude de FLEMING [24] consiste à distribuer des questionnaires aux patientes âgées de 14 à 27 ans et de recueillir leurs opinions (connaissances, motivations et réticences) sur le DIU en général. 84% des participantes étaient nullipares. Les résultats montrent que 45% d'entre elles avaient entendu parler du DIU dont 30% par un professionnel de santé (53% des multipares et 27% des nullipares). Parmi elles, 44% ont répondu négativement au choix de cette méthode, 11% positivement et 35% n'étaient pas sûres. Les avantages les plus cités par les participantes étaient l'efficacité (33%) et la durée d'action (28%). Les principaux freins étaient l'idée d'avoir un corps étranger dans leur corps (46%), la peur de la pose (25%) et le fait

qu'un professionnel soit requis pour le poser (19%). Les deux variables qui augmentent significativement le fait d'être intéressé par cette méthode est le fait d'avoir reçu une information (2.7 fois plus de chance) et le fait d'être multipare (4.4%).

L'étude de HLADKY [32] est une enquête postale menée auprès des habitantes de Saint-Louis âgées de 18 à 45 ans sur leurs connaissances et perceptions à propos du DIU. Parmi elles, 7.7% ont déjà eu une expérience du DIU, 79% en ont déjà entendu parler dont 28% par leur médecin traitant. 49% ont répondu que c'était une méthode « sûre », 43% ne savaient pas et 8% ont répondu négativement. Beaucoup ont des idées fausses sur cette méthode pensant qu'elle augmente le taux de GEU, de cancer ou d'IST ; 61% sous estiment son efficacité et seulement 46% pensent que c'est une méthode adaptée pour les nullipares. Les connaissances étaient meilleures chez les utilisatrices ou anciennes utilisatrices.

L'étude de WHITAKER [25] étudie les connaissances et opinions des adolescentes (14-18 ans) et femmes jeunes (19-24 ans) sur le DIU avant et après une intervention explicative de trois minutes. 40% des participantes ont déjà entendu parler du DIU. Parmi elles, 37.5% avaient une attitude positive envers ce moyen de contraception. Après une intervention orale explicative de trois minutes sur le DIU, 53.5% des patientes étaient intéressées par cette méthode. Les points positifs cités étaient la durée d'action et la discrétion. La seule variable faisant augmenter significativement le fait d'avoir une attitude positive envers le DIU était l'antécédent d'IVG. Concernant leurs connaissances, un questionnaire composé de 16 items concernant l'efficacité, le coût, l'effet sur les règles et sur la fertilité, la durée d'action... a été distribué aux 40% des femmes ayant déjà entendu parlé du DIU. Le score moyen était de 15 bonnes réponses sur 16, montrant que les patientes étaient bien informées.

Enfin, Black [30] propose une revue de la littérature sur les freins à la prescription du DIU, en mettant en lumière les obstacles retrouvés du côté des professionnels de santé mais aussi des patientes. On retrouve la notion de peur de la pose et de peur d'avoir un corps étranger dans son corps qui empêche les patientes de choisir cette méthode. Le changement de la fréquence et de la durée des règles est aussi largement cité comme un élément pouvant être dissuasif. Pourtant, SEGURA montre qu'après une information claire sur ces effets indésirables, le taux de continuation à un an reste très élevé (88% pour le DIU hormonal et 84% pour celui au cuivre) [29]. Enfin, beaucoup de femmes décrivent un manque d'information de la part des professionnels et pensent que le DIU doit être proposé après un échec d'autres méthodes contraceptives.

Black, met également en lumière le peu d'études sur le coût du DIU comme frein à son utilisation. En effet, aux USA où la couverture sociale n'est pas la même qu'en France, le coût de ce moyen contraceptif peut constituer un obstacle pour grand nombre de patientes. Aux Etats-Unis, le stérilet au cuivre coûte en moyenne entre 80 et 160\$ et le DIU hormonal entre 325 et 360\$ [33].

Ces études nous ont permis d'avoir une première idée sur l'opinion des femmes sur ce moyen de contraception. En revanche, ces études sont des études menées sur une population anglo-saxonne qui n'est pas superposable à la population française. Dans ces pays le DIU est un moyen de contraception beaucoup plus sous-utilisé qu'en France. En effet, les médecins américains sont beaucoup plus réticents à prescrire des DIU en raison du risque médico-légal.

Une thèse écrite récemment en France par Mme DENANT [34], étudie les freins et réticences des patientes nullipares à l'utilisation du DIU en médecine générale. Elle a utilisé pour cela une méthode qualitative à l'aide d'entretiens semi-directifs. 21 entretiens ont été effectués. Cette enquête révèle que ces femmes souffrent de nombreux préjugés vis-à-vis du DIU et ne choisissent pas cette méthode non pas par choix mais plutôt par désinformation. Ces aprioris sont responsables de craintes plus ou moins fondées : la peur de la stérilité, de l'inefficacité, de la douleur à l'insertion ou encore la gêne ressentie dans la vie quotidienne et la sexualité. Certaines femmes perçoivent comme une agression le fait d'avoir un corps étranger métallique dans son utérus ou ne choisiraient pas cette méthode pensant que le mécanisme d'action est essentiellement « abortif ».

Les réticences citées par les patientes sont assez similaires aux résultats retrouvés outre-Atlantique, notamment par Fleming [24].

2.5 Conclusions : problématique et justification de l'étude

En France, le DIU reste le deuxième moyen contraceptif le plus utilisé (toutes femmes confondues) mais c'est chez les femmes nullipares qu'il est manifestement sous-utilisé et encore beaucoup trop dénigré. C'est pour cela que nous avons choisi de nous intéresser uniquement à l'avis des femmes nullipares.

Nos interrogations sont sensiblement les mêmes que celles de la thèse qualitative de Mme DENANT. Nous avons choisi une toute autre approche, en interrogeant les patientes par questionnaire, en nous basant sur des données issues de la littérature. Dans notre cas, il existe une littérature plutôt anglo-saxonne et l'intérêt est de vérifier les résultats retrouvés dans une population française et nullipare. L'intérêt du questionnaire par rapport à l'entretien est de toucher un plus grand effectif avec une

possibilité de généralisation statistique. Il permet également de limiter certains biais comme le biais de sélection, de questionnaire, d'enquêteurs... [35, 36].

Il sera donc intéressant de pouvoir comparer les données de notre travail à celui de Mme DENANT, et de voir si les résultats sont concordants avec deux approches différentes. Notre travail apporte également certaines pistes de réflexion supplémentaires, notamment sur les motivations des femmes à choisir ce moyen contraceptif.

3 PARTIE III : ETUDE.

3.1 Objectifs

L'objectif principal est de déterminer quelles sont les réticences et les motivations des patientes nullipares à choisir le stérilet.

Les objectifs secondaires sont :

- D'évaluer leurs connaissances sur ce moyen de contraception.
- De déterminer s'il existe un lien statistiquement significatif entre les caractéristiques socio-économiques des femmes et le choix de cette méthode.
- De déterminer s'il y a une différence dans l'information délivrée aux femmes sur l'intérêt du DIU, entre les différents professionnels de santé (médecins généralistes, gynécologues, conseillères et médecins de planning....)

En effet, au cours de mes différents stages j'ai pu constater que l'avis des médecins était très divergent sur le sujet et nous avons fait l'hypothèse que les médecins des plannings familiaux posaient plus régulièrement des stérilets aux nullipares que la

plupart des gynécologues et des médecins généralistes qui étaient plus réticents. Nous nous sommes donc intéressés à cette question dans notre étude.

3.2 Méthode

Il s'agit d'une étude prospective descriptive menée à l'aide de questionnaires anonymes distribués aux femmes dans différents sites.

3.2.1 Lieux et période de recueil des données

255 questionnaires ont été distribués entre le 25 octobre et le 30 novembre 2012 dans trois sites différents :

- Dans un cabinet de trois gynécologues médicaux au centre-ville de Grenoble.
- Au centre de santé universitaire du campus de Grenoble, pour les étudiantes venant consulter un médecin généraliste pour n'importe quel motif.
- Au planning familial du centre-ville de Grenoble.

Ils ont été distribués aux patientes par une secrétaire au cabinet de gynécologie et au planning et par des infirmières au centre de santé universitaire. Ils ont été remplis par les patientes en salle d'attente, avant la consultation.

3.2.2 Population étudiée

Seules les patientes nullipares, en âge de procréer et majeures ont été incluses. Il était précisé dans l'en-tête du questionnaire qu'il était destiné aux femmes n'ayant jamais eu d'enfant et une question en début de questionnaire demandant aux femmes si elles avaient déjà accouché permettait d'exclure les patientes multipares. Nous avons également exclu les adolescentes de moins de 18 ans pour une raison

pratique (nécessité d'un accord parental pour participer à l'étude, difficile à obtenir dans ce contexte).

3.2.3 Questionnaire

Nous avons élaboré le questionnaire à l'aide d'une revue de la littérature et de notre expérience personnelle (cf annexe 1).

Il comporte trois parties :

- La première partie s'intéresse aux caractéristiques socio-économiques des patientes (âge, niveau d'étude, lieu d'habitation...) et à leur contraception actuelle.
- La deuxième partie concerne l'information qu'elles ont reçue et par quel professionnel, puis leurs connaissances sur le stérilet (sous forme de quizz).
- La troisième partie concerne l'objectif principal. Les patientes doivent citer les raisons pour lesquelles elles voudraient ou non faire le choix du stérilet. Elles peuvent cocher une ou plusieurs réponses parmi les choix proposés et/ou donner une autre raison qui n'est pas dans la liste. Enfin il leur est demandé de citer la raison principale parmi leurs réponses.

Pour les deux dernières parties nous avons choisi les items à l'aide des résultats lus dans la littérature en faisant l'hypothèse que les réticences et intérêts des femmes jeunes à propos du DIU, qu'elles soient nulli ou multipares étaient sensiblement similaires. Dans notre questionnaire, nous avons donc proposé les principales réticences citées par les femmes (peur du corps étranger, de la pose, des règles abondantes...) ainsi que les avantages (efficacité, durée d'action, simplicité...). Nous avons également ajouté quelques propositions qui nous semblaient importantes (notion d'absence d'hormone et de coût du DIU, de l'avis de l'entourage..). Le quizz

est aussi inspiré de ces études, mettant en lumière les idées fausses et craintes évoquées par les patientes.

3.2.4 Saisie et analyse des données

La saisie des données et l'analyse statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel « Microsoft Excel 2010 ».

L'analyse des données a été effectuée en s'appuyant sur des tests statistiques pour évaluer la significativité de certaines hypothèses. Par exemple, sur des tableaux multifactoriels nous avons utilisé un test de khi-2 qui permet de dire si le tableau de résultats est significativement différent du tableau théorique en appliquant l'hypothèse testée aux effectifs de l'étude. Nous avons également comparé le résultat de choix binomiaux (un choix oui/non par exemple). Nous avons dans ce cas utilisé un test qui permet de dire si les réalisations obtenues résultent de la même loi binomiale. Dans tous les cas, nous avons fixé le seuil de significativité à 5%.

Le Dr Jérôme Jund, statisticien à l'hôpital d'Annecy nous a apporté gracieusement son aide dans cette démarche.

3.3 Résultats

223 questionnaires ont été récupérés, 34 ont été exclus (mineures, multipares, questionnaires remplis de manière incomplète). 189 questionnaires ont donc pu être exploités.

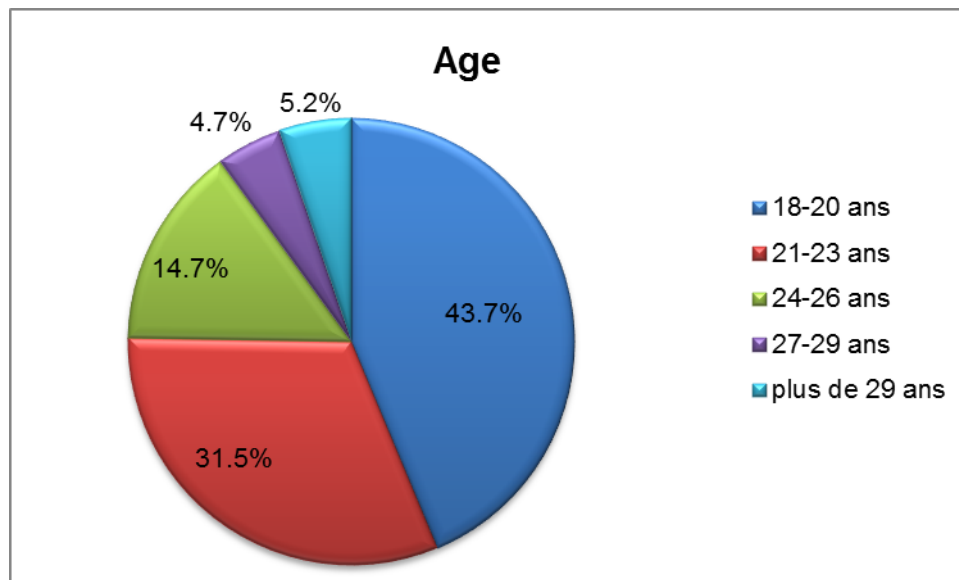
3.3.1 Caractéristiques de la population

3.3.1.1 *Age*

La moyenne d'âge était de 21.8 ans. Les âges extrêmes allaient de 18 à 42 ans.

La figure 1 ci-dessous représente l'âge des femmes de mon échantillon, réparti en différentes tranches d'âge.

Figure 1: Age des participantes



La classe la plus majoritairement représentée est celle des 18-20 ans, suivie de celle des 20-23 ans. Moins de 10% des participantes avaient plus de 26 ans.

Nous pouvons nous interroger sur la représentativité en âge de notre échantillon. La répartition par âge des femmes nullipares n'est pas une donnée recensée directement par l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques). Nous avons par contre accès à la répartition par âge des femmes ayant eu un premier enfant pour une année (données disponibles pour 1967, 1989, 2007 et 2010), à la pyramide des âges, au nombre de naissances par année et au taux de naissances correspondant à un premier enfant [37]. En combinant ces informations, nous pouvons reconstituer les effectifs des femmes nullipares par âge. Pour cela nous avons fait l'hypothèse que seules les femmes de 15 à 42 ans sont susceptibles d'avoir des enfants, la borne de 42 ans étant justifiée par l'âge de la

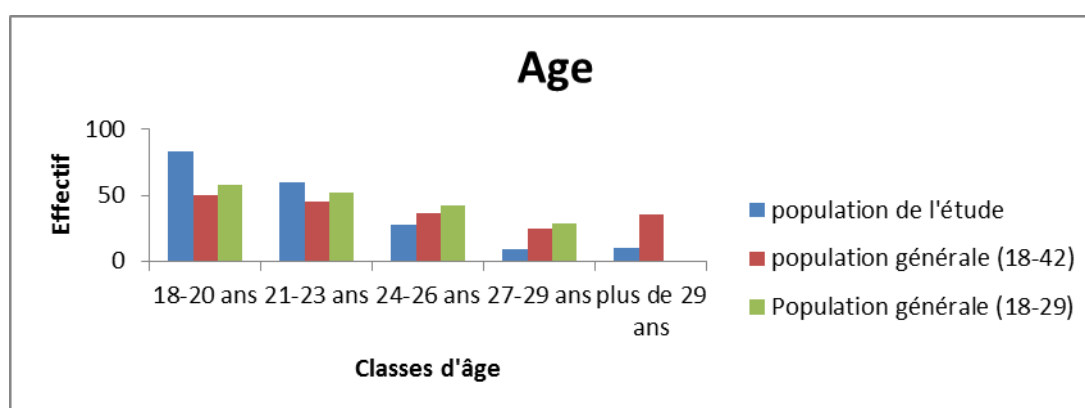
personne la plus âgée de notre échantillon. Les résultats sont représentés dans le tableau 3.

Tableau 3 : Estimation de l'effectif des femmes nullipares dans la population française en 2010, réalisée à partir des données de l'INSEE

Tranche d'âge	Estimation de l'effectif des femmes nullipares en 2010
18-20	1100921
21-23	992783
23-26	801531
27-29	545898
30-42	780168

La comparaison de l'âge des patientes de notre échantillon par rapport à la population générale des nullipares est représentée dans la figure 2 ci-dessous.

Figure 2 : Répartition en classe d'âge des femmes de mon étude et de la population générale



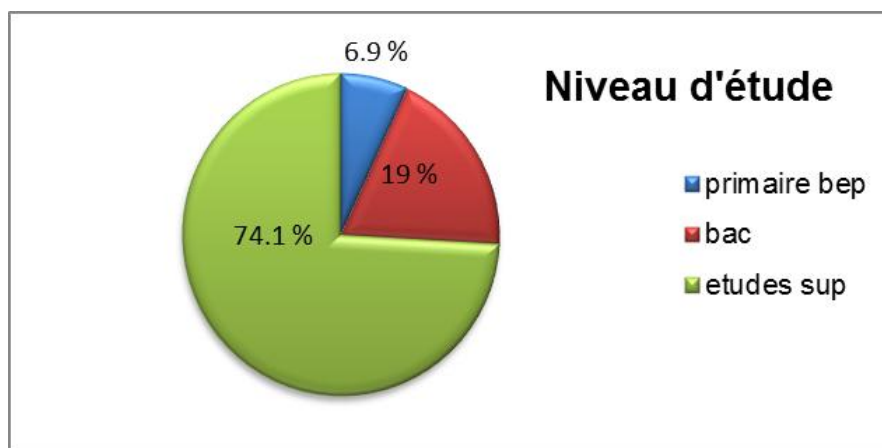
On remarque tout de suite que la population de notre étude est sensiblement différente de la population des nullipares françaises de 18 à 42 ans ($p < 0,001$).

Comme la différence est d'autant plus marquée chez les plus de 29 ans, peu représentées dans mon échantillon, nous avons décidé de limiter notre comparaison aux nullipares de 18 à 29 ans. Là encore, la population de notre population est différente ($p < 0.001$). Notre population n'est donc pas représentative de la population générale, en étant globalement plus jeune.

3.3.1.2 Niveau d'étude

La répartition des femmes de notre échantillon selon leur niveau d'étude est représentée dans la figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Répartition de la population selon leur niveau d'étude



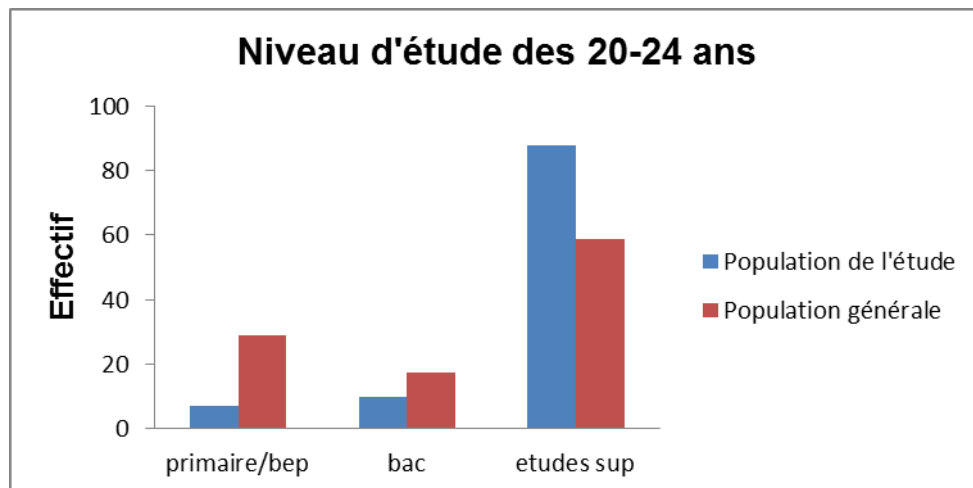
On constate que presque trois quart des femmes répondant au questionnaire ont un niveau d'études supérieures

Comme précédemment pour l'âge, nous avons décidé de comparer le niveau d'étude de ma population avec celui de la population générale selon les données de l'INSEE de 2011 [38]. Parmi les tranches d'âges proposées par l'INSEE (15-19 ans, 20-24 ans, 25-49 ans), nous avons choisi d'effectuer notre comparaison avec la tranche d'âge des 20-24 ans qui nous paraissait être la plus pertinente. En effet, la tranche

des 15-19 ans n'est pas représentée dans notre étude et celle des 25-49 ans est sous-représentée.

Les résultats sont représentés dans la figure 4 ci-dessous.

Figure 4 : Niveau d'étude des 20-24 ans des femmes de mon étude en comparaison à la population générale

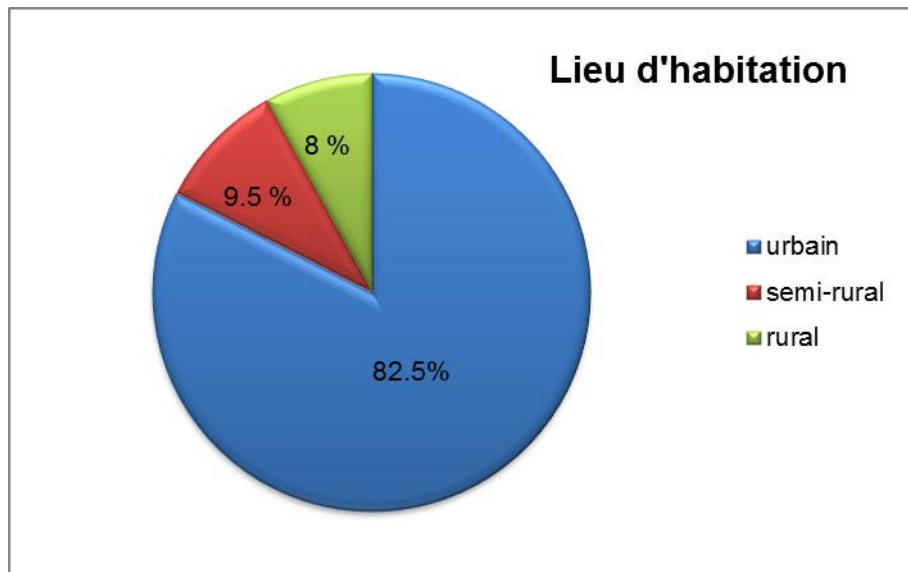


On peut constater que la population de notre étude n'est pas comparable à la population générale ($p < 0.001$). En effet, les femmes ayant un niveau d'études supérieures sont surreprésentées dans notre échantillon, ce qui peut s'expliquer par le fort recrutement des patientes au centre de santé universitaire.

3.3.1.3 Lieu d'habitation

La majorité des femmes viennent d'un milieu urbain. Ceci est très probablement dû au fait que les questionnaires aient été distribués en centre-ville. La répartition selon le lieu d'habitation est représentée dans la figure 5 ci-dessous.

Figure 5 : Répartition de la population selon leur lieu d'habitation



3.3.1.4 Statut conjugal

42 % des femmes sont célibataires et 58% sont en couple. 9.5% des femmes déclarent avoir des partenaires multiples.

3.3.1.5 Antécédents gynécologiques

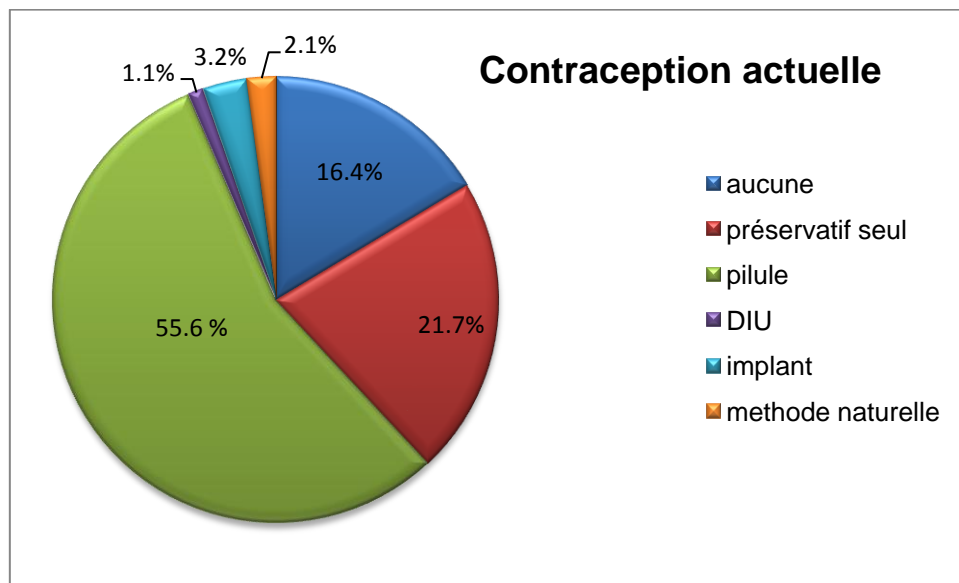
Les femmes ayant déjà accouché ont été exclues. Une femme a fait une fausse couche et une autre une grossesse extra-utérine. Cinq femmes, soit 2.6% ont déjà fait une IVG.

3.3.1.6 Contraception

L'âge moyen de la première contraception est de 17,2 ans.

Les femmes de notre échantillon utilisent majoritairement la pilule et le préservatif seul. Les méthodes de longue durée comme l'implant et le DIU représentent moins de 5% de l'échantillon. 16% n'utilisent pas de contraception. Les différentes méthodes utilisées sont représentées dans la figure 6

Figure 6 : Méthodes de contraception utilisées



158 (84%) patientes se déclarent satisfaites de leur contraception.

3.3.2 Objectif principal : réticences et motivations

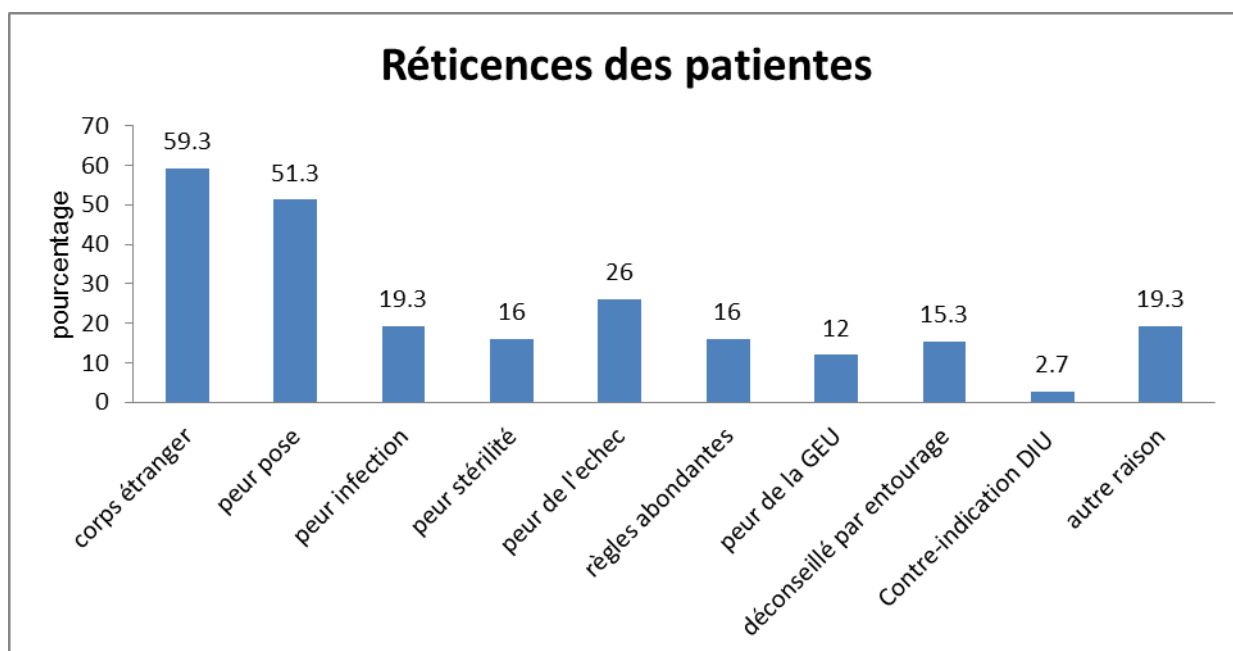
3.3.2.1 *Réticences*

A la question « seriez-vous intéressée par vous faire poser un stérilet à court terme ? », 80% des patientes ont répondu négativement.

Parmi les raisons proposées, les femmes pouvaient cocher plusieurs propositions.

La figure 7 ci-dessous permet de voir combien de fois les propositions ont été citées.

Figure 7 : Raisons citées par les patientes pour ne pas choisir le DIU



On peut remarquer que la peur d'avoir un corps étranger dans son corps et la peur de la pose sont les deux raisons majoritairement citées, par plus d'une patiente sur deux. La peur de l'échec, a été citée par plus d'un quart des femmes.

Les femmes avaient ensuite la possibilité de s'exprimer librement et pouvaient donner une autre raison, ce qui a été fait par 19% d'entre elles.

Parmi ces raisons, nous avons retenu celles qui ont été citées plus de deux fois.

Elles sont représentées dans la figure 8 ci-dessous.

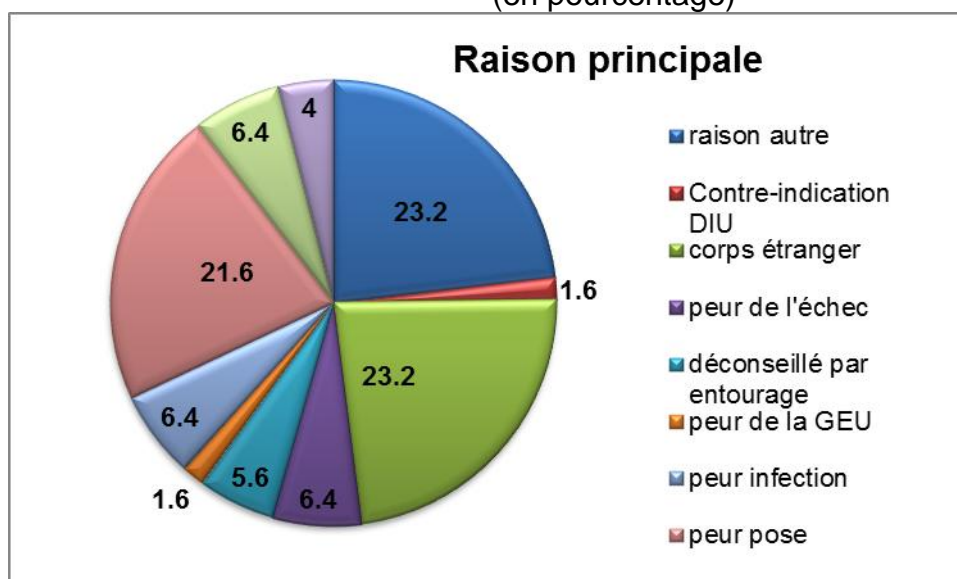
Figure 8 : Raisons autres proposées par les patientes pour ne pas choisir le DIU (par nombre de fois citées)



Parmi toutes les raisons proposées ou citées par les patientes, il leur a été ensuite demandé de ne retenir qu'un seul choix et de préciser qu'elle était la principale raison pour laquelle elles ne voudraient pas se faire poser un stérilet. Seulement 66% des patientes ont répondu à cette question.

Les réponses sont représentées dans la figure 9 ci-dessous.

Figure 9 : Raisons principales choisies par les patientes pour ne pas choisir le DIU (en pourcentage)



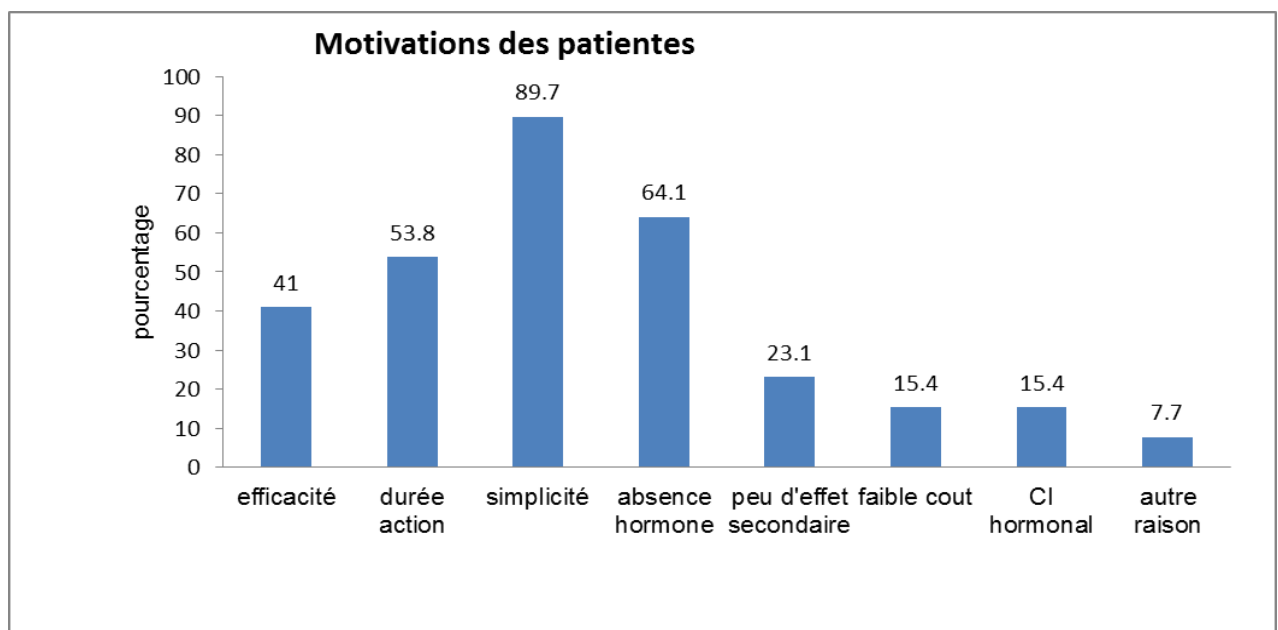
Les trois principales raisons qui ressortent sont la sensation de sentir un corps étranger dans son corps, la peur de la pose, et une autre raison (proposée librement). On rappelle que dans les autres raisons, la satisfaction de la contraception actuelle et l'absence de besoin d'une contraception sont les plus citées.

3.3.2.2 Motivations

A la question « seriez-vous intéressée par vous faire poser un stérilet à court terme ? », 21% ont répondu positivement.

Les raisons de leurs motivations sont représentées dans la figure 10 ci-dessous.

Figure 10 : Raisons citées par les patientes pour choisir le DIU



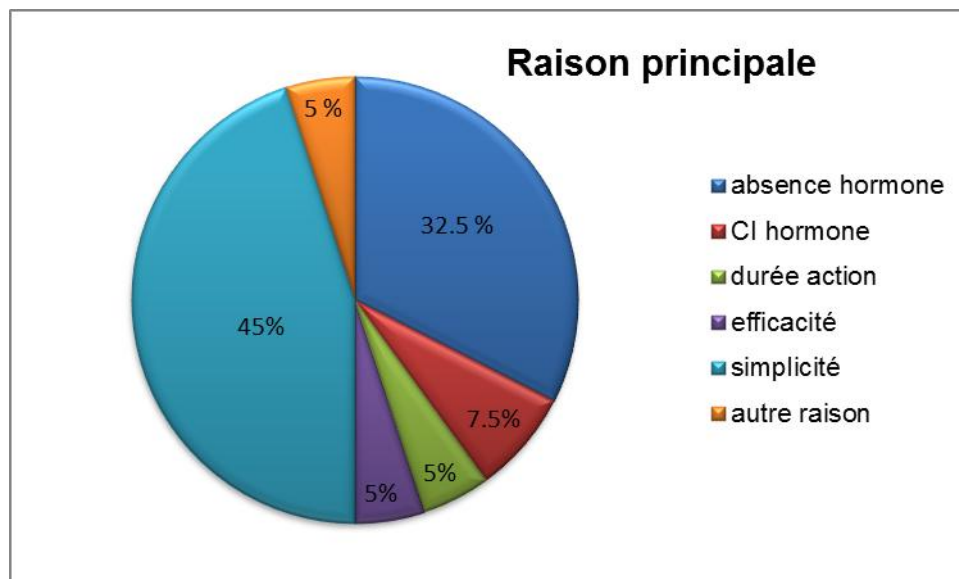
On peut constater que la simplicité est la raison qui ressort, citée par près de 90% des femmes. L'absence d'hormones et la durée d'action ont été citées par plus d'une femme sur deux.

3 femmes ont cité une raison autre qui était :

- Présence de règles abondantes (probable confusion avec le DIU hormonal)
- L'impact écologique
- Le fait d'être fumeuse

Les raisons principales données, si elles ne devaient faire qu'un seul choix, sont représentées dans la figure 11 ci-dessous.

Figure 11 : Raisons principales choisies par les patientes pour choisir le DIU



On peut constater que la simplicité et l'absence d'hormones sont les deux raisons qui ressortent. Le faible coût et le peu d'effets indésirables n'ont pas été cités.

3.3.3 Connaissances des patientes

Seulement 92 patientes soit 48.7% déclarent avoir reçu une information par un professionnel de santé sur le stérilet.

Nous allons maintenant nous intéresser plus précisément à chaque question posée aux patientes.

- *Stérilet chez les nullipares* : 82.5% des répondantes savent que le stérilet peut être posé chez les patientes nullipares.

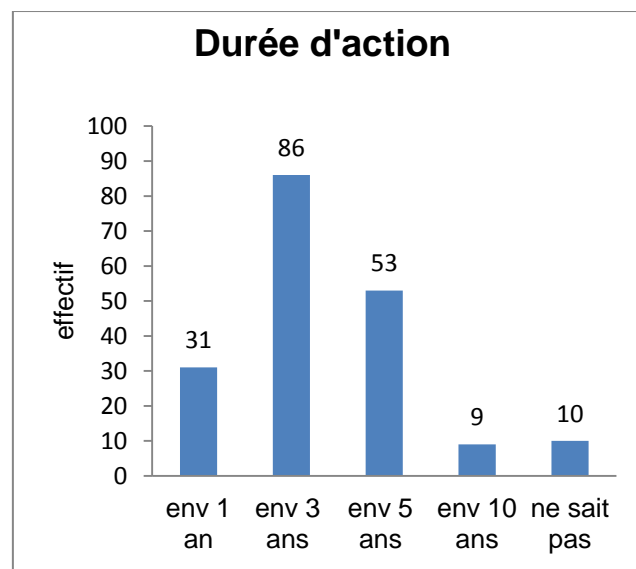
- *Risque d'infection* : 73,5% ont répondu que stérilet n'augmente pas le risque d'infection génitale

- *Risque de stérilité*: 75.7% ont répondu que le stérilet n'augmente pas le risque de stérilité.

- *Durée d'action* : A cette question, 28% ont donné la bonne réponse soit 5 ans.

La figure 12 ci-dessous représente les réponses des femmes. On peut voir que la majorité pense que la durée d'action du stérilet est de 3 ans.

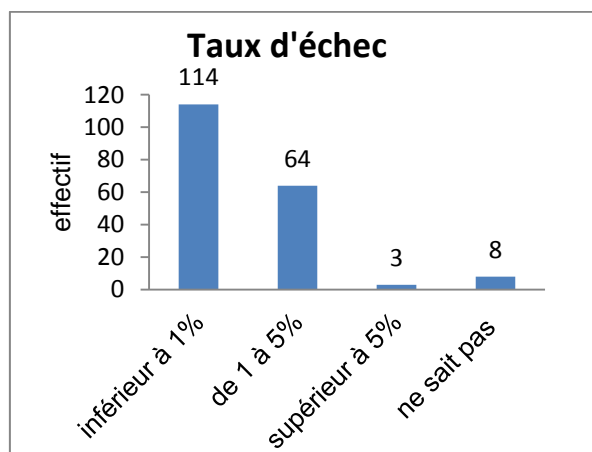
Figure 12 : Réponses des patientes concernant la durée d'action du DIU



- *Taux d'échec*

A cette question, 60.3% des patientes ont répondu que le taux d'échec est inférieur à 1%, ce qui est la bonne réponse.

Figure 13 : Réponses des patientes concernant le taux d'échec du DIU



- *Stérilet et IST* : 95.8% ont répondu, à juste titre que le stérilet ne protège pas contre les IST.
- *Contraception d'urgence* : Seulement 6.3% savent que le stérilet peut être utilisé comme contraception d'urgence.
- *Nombre de réponses justes* :

Au total 26,5% des patientes ont moins de trois bonnes réponses, 60% ont entre quatre et cinq bonnes réponses et 13% ont six ou sept bonnes réponses.

Pour aucune des réponses il n'existe de lien statistiquement significatif entre le fait d'avoir reçu une information sur le stérilet ou non ($p=0.304$).

Il n'existe pas non plus de différence statistiquement significative entre le nombre de bonnes réponses et les caractéristiques socio-économiques des femmes.

3.3.4 Caractéristiques socio-économiques et choix du stérilet

Dans cette étude, nous avons voulu savoir si les caractéristiques socio-économiques des femmes pouvaient influencer le choix du stérilet. Nous n'avons retrouvé aucun lien statistiquement significatif entre l'âge ($p=0.88$), le niveau d'étude ($p=0.528$), le lieu d'habitation ($p=0.496$), le statut conjugal ($p=0.184$) et le souhait de se faire poser un stérilet.

3.3.5 Origine de l'information

Nous avons fait l'hypothèse avant de démarrer cette étude que les médecins généralistes et gynécologues étaient plus réticents à poser des stérilets aux patientes nullipares que les médecins des plannings familiaux.

Pour cela, le test statistique met en relation l'origine de l'information (le professionnel de santé) et le fait d'avoir conseillé ou plutôt déconseillé cette méthode.

Les résultats sont représentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 : Proposition ou non du stérilet en fonction de l'informateur.

		Origine de l'information				Total
		Autre professionnel	Gynécologue	Médecin du planning	Médecin traitant	
Choix possible	Non [n (%)]	8 (44%)	15 (38.5%)	3 (20%)	4 (27%)	30
	Oui	10 (56%)	24 (61.5%)	12 (80%)	11 (73%)	57
	Total	18	39	15	15	87

Lorsque l'on compare toutes les variables entre elles à l'aide du Chi2, il n'y a pas de relation statistiquement significative mise en évidence entre le professionnel de santé et l'information délivrée aux patientes ($p=0.413$), ce qui infirme notre hypothèse.

Nous avons ensuite testé les variables deux à deux en utilisant le test de comparaison de deux lois binomiales. Les résultats sont représentés dans le tableau 4 ci-dessous.

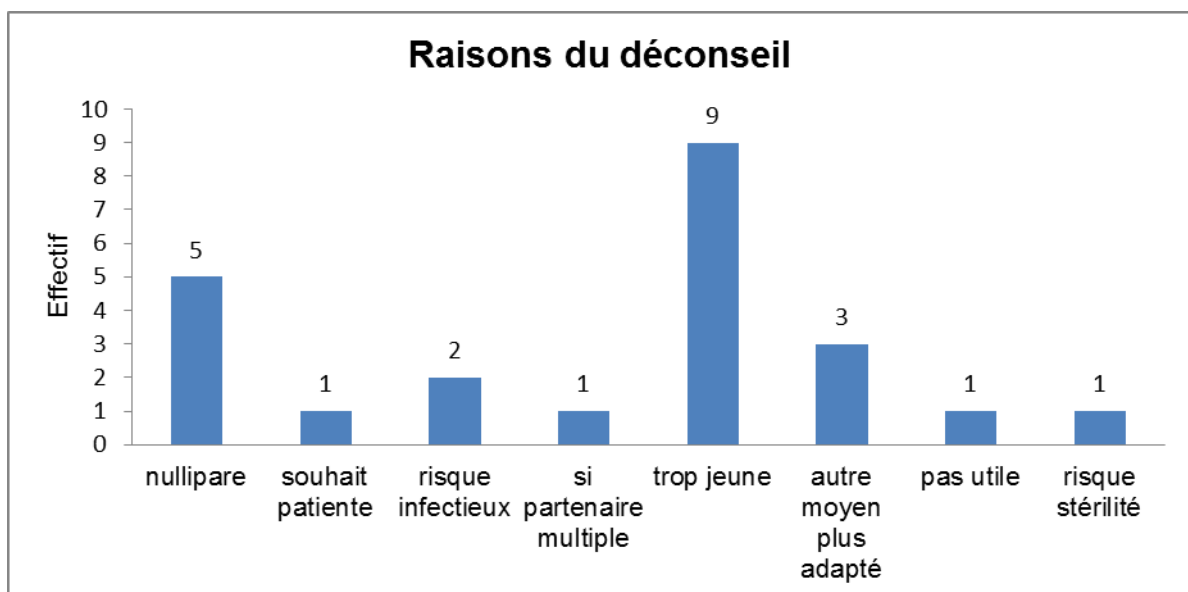
Tableau 4 : Effet de l'informateur sur la proposition ou non du stérilet. Les p values correspondent à la comparaison deux à deux des différents prescripteurs.

	Autre professionnel	Gynécologue	Médecin du planning
Gynécologue	$p=0.333$		
Médecin du planning	$p= 0.069$	$p=0.098$	
Médecin traitant	$p= 0.119$	$p= 0.209$	$p=0.666$

On peut constater que même en comparant deux à deux les variables on ne retrouve pas non plus de résultat significatif. En revanche, deux résultats ressortent et sont à la limite du seuil de significativité, il s'agit de l'information donnée par le médecin du planning versus un autre professionnel de santé ($p=0.069$) et versus le gynécologue ($p=0.098$). Les médecins de planning et les médecins traitants ont tendance à avoir une attitude plutôt comparable.

Les raisons pour lesquelles les professionnels de santé ont déconseillé le stérilet sont représentées dans la figure ci-dessous. 7 femmes n'ont pas répondu à cette question.

Figure 14 : Raisons données par les professionnels pour déconseiller le DIU



On peut constater que l'âge trop jeune et la nulliparité sont les raisons principales pour lesquelles on leur a déconseillé le stérilet.

3.4 Discussion

3.4.1 Contenu du questionnaire

Le questionnaire a été élaboré à l'aide des études américaines retrouvées dans la littérature [24, 25, 30, 32] en faisant l'hypothèse que les opinions des femmes nullipares étaient les mêmes que celle des femmes jeunes en général.

Nous avons volontairement employé le mot stérilet et non pas DIU dans notre questionnaire car la majorité des femmes le connaissent sous ce nom.

La plupart des questions étaient des questions fermées pour que les patientes aient plus de facilité à répondre, et pour une exploitation statistique des données plus simple.

La question sur le professionnel de santé qui a donné l'information a probablement dû paraître compliquée car beaucoup de patientes en ont coché plusieurs alors qu'il ne fallait cocher qu'une seule réponse. Cette constatation remet probablement en cause les statistiques concernant le troisième objectif secondaire.

Dans la partie connaissance sur le stérilet, nous avons considéré comme « FAUX » la bonne réponse à la question « le stérilet augmente le risque d'infection », car le risque est très faible et seulement légèrement augmenté lors des trois premières semaines (incidence 9.7/1000). Mais pour être plus rigoureux, il aurait fallu préciser « dans les vingt premiers jours » ou « à long terme » dans la question, et répondre VRAI dans le premier cas.

3.4.2 Population et lieux de distribution

3.4.2.1 *Critères d'inclusion*

Notre question de recherche concerne les patientes nullipares, nous avons donc logiquement exclu les femmes multipares. Par souci éthique et des règles de la recherche clinique, nous avons exclu les patientes mineures, ce qui constitue un biais dans cette étude car les mineures représentent une part non négligeable des femmes ayant une contraception. Cependant, il n'est pas certain que les réticences des patientes mineures soient sensiblement différentes de celles de majeures.

3.4.2.2 *Lieux de distribution*

Nous avons choisi trois sites différents pour distribuer les questionnaires pour essayer d'avoir une population la plus hétérogène possible d'un point de vue socio-économique. Nous avons choisi le planning familial et le centre de santé universitaire pour avoir un fort recrutement de patientes jeunes et nullipares. Concernant le cabinet de gynécologie, nous avons essuyé plusieurs refus de gynécologues qui n'ont pas voulu que l'on distribue ce questionnaire dans leur cabinet, par peur que leurs patientes soient influencées. C'est pourquoi nous n'avons pu en distribuer que dans un seul cabinet, nous avons donc récupéré moins de questionnaires dans ce centre que dans les deux autres.

Au centre de santé universitaire nous avons volontairement demandé à ce que les questionnaires soient distribués aux patientes venant pour une consultation de médecine générale et non pas au planning pour avoir plus de chance de répondre à notre troisième objectif. Le mieux aurait été de le distribuer dans des cabinets de médecine générale, mais d'un point de vue pratique cela aurait été beaucoup plus compliqué car beaucoup n'ont pas de secrétaire pour distribuer les questionnaires, et

le pourcentage de patientes correspondant aux critères d'inclusion dans un cabinet de ville est peu important. Il aurait fallu beaucoup plus de temps pour récolter un nombre de questionnaires satisfaisant.

Au planning familial et au cabinet de gynécologie les questionnaires ont été distribués par la secrétaire et au centre de santé universitaire par les infirmières d'accueil. Il n'y a pas eu de contrôle de notre part de la distribution, nous n'avons pas vérifié s'il avait bien été distribué à toutes les patientes se présentant pour une consultation.

3.4.2.3 Population

Contrairement à ce que nous espérions, notre échantillon était finalement peu hétérogène du point de vue des caractéristiques socio-économiques. La majorité des patientes venait d'un milieu urbain et avait un niveau d'étude élevé, ce qui peut être expliqué par l'exclusion des patientes mineures. De plus, par rapport aux statistiques de l'INSEE [37, 38], notre échantillon était peu représentatif de la population de la population générale. Ceci est probablement dû à un biais de recrutement. En effet, la grande majorité des questionnaires a été distribuée au centre de santé universitaire et au planning familial (patientes plus jeunes, en cours d'études supérieures pour la plupart). Au niveau de la contraception, la majorité des patientes (55%) utilise la pilule ou le préservatif seul (22%). Si l'on compare avec les données de l'INPES [2], les femmes de notre étude utilisent beaucoup moins la pilule (58% contre 83% chez les 20-24 ans) au profit du préservatif (24% contre 7% chez les 20-24 ans). L'implant, les méthodes naturelles et le DIU concernent dans les deux cas moins de 5 % des femmes.

16% des femmes de notre étude n'utilisent pas de contraception contre 10% selon l'INPES.

3.4.3 Résultats

3.4.3.1 *Objectif principal*

Seulement 48% des femmes de notre étude déclarent avoir reçu une information sur le DIU. Ce résultat est comparable à l'étude de Fleming [24] (45%) ou encore de Whitaker (40%) [25].

80% des femmes nullipares ne sont pas intéressées par le DIU à court terme. Ce résultat est bien plus élevé que celui retrouvé par Fleming (55%) mais la population de l'étude n'était pas tout à fait comparable ; son échantillon concernait les 14-27 ans, qu'elles soient nulli ou multipares, ce qui peut expliquer cette différence. En effet, Fleming montre qu'une femme multipare a 4.4 fois plus de chance de choisir cette méthode.

Les principales réticences des patientes de notre étude sont la peur d'avoir un corps étranger dans son corps et la peur de la douleur au moment de la pose. Ces deux raisons sont également majoritairement citées dans l'étude de Fleming et Black [24, 30]. Ces résultats confirment l'hypothèse que les patientes nullipares ont sensiblement les mêmes réticences à choisir le DIU que les patientes en général.

La peur de l'échec et les raisons « autre » représentent également un pourcentage important. Les trois principales raisons autres sont : la satisfaction de la contraception actuelle, l'absence de nécessité d'avoir une contraception pour le moment et le fait qu'il soit déconseillé par le gynécologue. Nous n'avons pas retrouvé ces raisons dans la littérature. A contrario, le fait d'avoir des règles douloureuses et plus abondantes, souvent cité comme un facteur dissuasif [24, 30]

et que nous pensions être un facteur important, n'a pas beaucoup été relevé dans notre étude.

Les deux motivations principales des femmes de mon étude pour se faire poser un stérilet sont la simplicité (46%) et l'absence d'hormones (35%). Dans l'étude de Fleming [24] les femmes ont surtout répondu l'efficacité, la durée d'action et la discrétion.

Il est vrai qu'actuellement en France, avec les polémiques actuelles, la tendance est de vouloir une contraception non hormonale. L'efficacité et la durée d'action ont peu été citées par les femmes de mon étude, probablement par manque d'information (sous-estimation de l'efficacité et de la durée d'action).

Si l'on compare les résultats avec l'étude de Mme DENANT [34] qui a la même question de recherche, on retrouve sensiblement les mêmes réticences des patientes. En effet, le principal frein qu'elle peut mettre en évidence est avant tout le manque d'information des patientes, notamment de la part du corps médical. Celui-ci est responsable de nombreuses craintes (peur de la pose, de l'échec, de la GEU, de la stérilité....) souvent erronées. Sa méthode utilisée (qualitative) permet une bonne première approche de la question, faisant ressortir des idées clés, mais ne permet pas de porter des conclusions statistiques. La méthode quantitative par questionnaire, permet d'étudier un plus grand échantillon et donc de pouvoir tirer plus de conclusions. Ces deux approches sont complémentaires et nos résultats sont concordants. L'autre avantage du questionnaire était de pouvoir étudier plusieurs questions, notamment les motivations des patientes pour choisir cette méthode et leurs connaissances. La population étudiée était également différente, les femmes

étant recrutées dans différentes structures pour cibler un échantillon plus hétérogène en matière de caractéristiques socio-économiques.

3.4.3.2 Connaissances des patientes

73% des femmes ont au moins quatre bonnes réponses sur sept alors que seulement 48.7 % d'entre elles ont reçu une information du corps médical. Le fait d'avoir reçu une information n'est statistiquement pas un facteur augmentant le nombre de bonnes réponses. On peut dire que leurs connaissances sur ce moyen de contraception sont malgré tout très satisfaisantes. Sans revenir en détail sur toutes les réponses, il nous semble important de souligner quelques résultats marquants.

82% des femmes savent que le stérilet peut être posé chez les nullipares. Nous avons été particulièrement étonnés par ce score élevé. Dans d'autres travaux récents menés sur la connaissance des femmes en matière de contraception, les chiffres retrouvés étaient bien plus bas : 54 % dans l'enquête FECOND [1], 46% dans l'étude américaine de HLADKY [32], 28% dans la thèse de GARAY E [39], 32% dans le mémoire de DIETRICH N [40]. Notre hypothèse est que les patientes ont été influencées par le thème et l'orientation du questionnaire. Les autres travaux concernaient la contraception en général, et n'incluaient pas que les patientes nullipares.

En ce qui concerne la durée d'action, seulement 28% ont bien répondu 5 ans, la majorité (45%) a répondu 3 ans. Nous avons été étonnés de ce faible score et nous nous sommes demandé au vu de ces résultats s'il n'y avait pas une confusion avec l'implant contraceptif.

L'autre résultat marquant est que seulement 6% des femmes savent que le stérilet peut être utilisé comme contraception d'urgence. Nous pensons que les patientes

sont très peu informées sur cette notion car en pratique courante, cela nous semble compliqué de trouver en urgence (5 jours maximum) un médecin pour prescrire et poser le stérilet. Sachant que beaucoup de médecins prescrivant une contraception ne posent pas de stérilet, cela nous semble logique qu'ils ne l'évoquent pas dans leur consultation. De plus, il faut à notre avis déjà avoir réfléchi à se faire poser un stérilet pour s'en faire poser un en urgence.

Globalement, les patientes de notre étude ont plutôt une bonne connaissance du stérilet malgré le peu d'information du corps médical. Nous pensons que les caractéristiques socio-économiques de notre population (niveau d'études élevé, milieu urbain) font qu'elles sont renseignées et savent rechercher les informations par d'autres biais que le corps médical.

Nous pensons aussi, et notamment pour la première question, qu'elles ont peut-être été influencées par le thème et la tournure des questions.

3.4.3.3 Caractéristiques socio-économiques et choix du stérilet

Nous n'avons pas mis en évidence de relation statistiquement significative entre les caractéristiques socio-économiques et le fait d'être intéressée par le stérilet. Nous pensons que cela s'explique par le manque de puissance et par le fait que notre échantillon ne soit pas assez hétérogène. La question sur le lieu d'habitation (différence rural, semi-rural...) a mal été définie et explicitée et est donc peu exploitable statistiquement.

3.4.3.4 Origine de l'information

Nous n'avons pas trouvé de différence sur l'information délivrée aux femmes (stérilet adapté ou non) selon le médecin prescripteur mais nous pensons que cette étude

manque de puissance pour pouvoir conclure sur cette hypothèse. En effet, certains résultats étaient proches du seuil de significativité et pourraient l'atteindre avec un effectif plus large. La question était aussi probablement mal posée car plusieurs femmes ont coché plusieurs professionnels alors qu'une seule réponse était attendue. Nous pensons que la méthode n'était pas adaptée pour répondre à cette question.

En revanche, si on regarde les raisons pour lesquelles le stérilet a été déconseillé (trop jeune, nullipare principalement), on retrouve les mêmes données que dans la littérature.

3.4.4 Perspectives

3.4.4.1 Pour une meilleure information des patientes

Nous avons pu constater que le manque d'information des patientes sur le DIU constitue un frein majeur à sa plus large diffusion, et qu'une information, même succincte, centrée sur le DIU augmentait le pourcentage d'opinion positive des femmes sur ce moyen de contraception [25]. Les craintes principales des femmes exprimées dans cette étude (peur d'avoir un corps étranger, peur de la pose) peuvent être, à notre avis, facilement levées, après des explications précises et une réassurance du corps médical.

Pour cela il semble important que les professionnels et notamment les médecins généralistes puissent consacrer un temps satisfaisant (au moins 30 minutes) lors d'une consultation dédiée à la contraception. Il peut être intéressant, en plus de l'information orale, que les médecins s'aident d'un support visuel et d'un « kit de démonstration » avec un vrai DIU et une maquette pour expliquer la pose ainsi qu'une fiche d'information récapitulative et explicative sur toutes les informations à

remettre en fin de consultation. En effet il arrive que l'information orale soit mise en défaut et c'est pourquoi de nombreux auteurs recommandent d'y associer une information écrite [41, 42].

A l'heure actuelle, les gynécologues médicaux se font de plus en plus rares et il devient urgent que les médecins généralistes s'investissent plus et se forment mieux en matière de contraception et en particulier à la pose des DIU.

3.4.4.2 Obstacles rencontrés par les médecins généralistes

Il semble que les médecins formés à la pose du DIU proposent beaucoup plus facilement cette méthode aux nullipares [27, 29]. Il serait intéressant de pouvoir proposer aux médecins généralistes une formation spécifique sur la pose des DIU, probablement au moment de l'internat, idéalement lors du stage mère-enfant obligatoire dans la maquette du DES ou de coupler au stage ambulatoire des journées de formation au planning familial ou en cabinet de gynécologie. Cette formation pendant l'internat semble plus judicieuse car une fois installés les praticiens rencontrent plus de difficultés à trouver du temps pour des formations. Il semble difficile d'un point de vue pratique de former tous les internes de médecine générale à la pose de DIU, c'est pourquoi cette formation serait facultative et réservée aux internes les plus motivés dans cette démarche.

Hormis ce problème de formation, les autres obstacles évoqués par les généralistes sont le manque de temps avec la nécessité de réorganiser le temps de travail, le manque de pratique et d'entraînement (peu de demandes), le problème de stérilisation du matériel, les problèmes médico-légaux...[8].

Il est vrai qu'une consultation dédiée à la contraception prend du temps et peut freiner certains médecins car peu rentable dans le système actuel de tarification à l'acte. L'une des propositions que l'on pourrait apporter serait de revaloriser cette

consultation avec une cotation supérieure, comme une consultation de pédiatrie par exemple.

Au niveau de la mise en pratique et de l'entraînement, il est probable que la pénurie de gynécologues à venir augmente les demandes de pose de DIU auprès des médecins généralistes.

D'un point de vue assurance professionnelle et risque médico-légal, il n'y a pas de surprime liée à la pose de DIU, il faut simplement le signaler à son assurance. Le plus important est d'avoir bien informé la patiente afin qu'elle puisse choisir de manière éclairée et s'y préparer avec moins de crainte [8].

3.4.4.3 Autres études complémentaires

- Il serait intéressant de mener une étude auprès des médecins généralistes sur les freins à la prescription et à la pose du DIU chez les nullipares pour compléter ce travail.
- Comme nous l'avons déjà un peu évoqué dans notre troisième objectif secondaire, une étude comparative concernant l'avis des différents professionnels de santé sur le DIU chez les nullipares (médecins traitants, médecins de planning, gynécologues..) nous paraît pertinente afin de déterminer si les médecins de plannings et les gynécologues, mieux formés à la pose proposent plus souvent cette méthode aux patientes.
- Si l'on revient au point de vue des patientes, il serait intéressant de recueillir leurs opinions avant et après une consultation dédiée sur la contraception pour évaluer l'impact de l'information délivrée comme l'a fait Whitaker outre-Atlantique.

3.4.4.4 Une question d'actualité

Trois mois après la polémique sur les pilules de 3ème et 4ème génération, l'ANSM (l'Agence Nationale de la Sécurité du médicament) publie les résultats de son étude sur l'évolution de l'utilisation en France (Décembre 2012-Février 2013) des Contraceptifs Oraux Combinés et les premières données concernant les autres contraceptifs. On note une diminution globale des ventes de contraceptifs de 1% par rapport à l'année précédente avec un report sur les pilules de 1ère et 2ème génération et sur les autres moyens de contraceptions. En février 2013, on note une augmentation de 44% des ventes d'autres contraceptifs incluant implant, DIU au cuivre et à la progestérone, par rapport à février 2012 et notamment chez les 15-19 ans et 20-29 ans, où la hausse est la plus élevée (28%) [43, 44].

La question de la prescription du DIU chez les nullipares est donc plus que d'actualité et il sera intéressant de suivre cette évolution au long cours.

Pour l'instant seul le DIU au cuivre a l'AMM chez la nullipare en France et le DIU à la progestérone n'est pas recommandé. Pourtant, dans les pays anglo-saxons des DIU à la progestérone sont également posés chez ces femmes avec une meilleure tolérance [24]. Qu'en sera-t-il en France dans les années à venir, sachant que le « MIRENA short » doit être commercialisé en 2014 ?

CONCLUSION

La HAS précise dans ses recommandations publiées en 2004 que le DIU chez les patientes nullipares est une méthode utilisable de manière générale, « les bénéfices l'emportant généralement sur les risques avérés ». Pourtant, bien qu'il soit le deuxième moyen contraceptif le plus utilisé en France, il ne concerne seulement que 1.3% des patientes nullipares. Le DIU est souvent perçu dans cette population comme un contraceptif de deuxième voire de troisième intention après échec des autres méthodes.

Notre étude révèle que 80% des femmes nullipares ne choisiraient pas cette méthode à court terme. Les réticences évoquées étaient principalement la peur d'avoir un corps étranger dans son corps et la peur de la pose. Parmi les 20% des intéressées, la simplicité et l'absence d'hormones sont les deux raisons les plus citées.

Seulement 48% des femmes de notre étude ont reçu une information sur ce moyen de contraception. Malgré tout, leurs connaissances générales sont plutôt très satisfaisantes en dehors d'une sous-estimation de la durée d'action et de l'efficacité.

Ces données montrent que les nullipares ont peur de ce moyen de contraception pour lequel elles manquent cruellement d'information de la part du corps médical. Pourtant leurs craintes sont fondées sur beaucoup d'idées fausses qui pourraient facilement être levées par une information appropriée. C'est donc à nous, professionnels de santé, de leur donner une information conforme aux données de la littérature et de proposer le DIU comme une méthode de première intention, au même titre que la pilule oestro-progestative. Il est donc important de renouveler régulièrement nos connaissances et de remettre en question nos pratiques. Une

formation pratique sur la pose devrait être proposée de manière plus systématique au cours de nos études et permettrait sans doute de lever des tabous.

ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE

Bonjour, je suis interne en médecine générale et je fais un travail de recherche pour ma thèse sur le stérilet au cuivre.

Ce questionnaire s'adresse aux patientes n'ayant jamais eu d'enfant, il est totalement anonyme.

Merci d'avance pour vos réponses qui m'aideront beaucoup dans mon travail.

QUESTIONNAIRE

I. CARACTERISTIQUES GENERALES:

- Quel âge avez-vous ?
- Quel est votre niveau d'étude ?
 - ☐ Primaire
 - ☐ CAP/BEP
 - ☐ BAC
 - ☐ Etudes supérieures
- Vous habitez plutôt dans un milieu :
 - ☐ Urbain
 - ☐ Semi rural
 - ☐ Rural
- Vous êtes :
 - ☐ Célibataire
 - ☐ En couple
- Avez-vous plusieurs partenaires ? OUI / NON

- Avez-vous déjà :
 - ☐ Accouché
 - ☐ Fait une fausse couche
 - ☐ Fait une IVG
 - ☐ Fait une grossesse extra utérine

- A quel âge avez- vous eu votre première contraception ?

- Quelle est votre contraception actuelle ? (plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Aucune
 - ☐ Préservatifs
 - ☐ Pilule
 - ☐ Stérilet au cuivre
 - ☐ Stérilet aux hormones (Mirena)
 - ☐ Implant
 - ☐ Anneau vaginal
 - ☐ Patch
 - ☐ Méthode naturelle
 - ☐ Autre

- En êtes-vous satisfaite ? OUI / NON

II. QUESTIONS SUR LE STERILET AU CUIVRE

- Un professionnel de santé (ou plusieurs) vous a-t-il déjà parlé du stérilet ?
OUI / NON

- Quel professionnel vous en a parlé, ou lequel vous a le plus influencé ?
 - ☐ Gynécologue
 - ☐ Médecin traitant
 - ☐ Médecin du planning familial
 - ☐ Autre médecin
 - ☐ Autre professionnel de santé (conseillère du planning, infirmière scolaire...)

- Vous a-t-il dit que c'était :
 - ☐ Une des méthodes possibles pour vous
 - ☐ Non adapté et vous l'a plutôt déconseillé

- S'il vous l'a déconseillé, quelle était la raison ? (réponse libre)

.....

.....

.....

- Vos connaissances sur le stérilet : A VOTRE AVIS:

- Le stérilet peut être utilisé chez les femmes qui n'ont jamais eu d'enfant :

VRAI / FAUX

- Le stérilet augmente le risque d'infection génitale :

VRAI / FAUX

- Le stérilet augmente le risque de stérilité :

VRAI / FAUX

- Combien de temps est-il efficace ?

- ☐ Environ 1 an

- ☐ Environ 3 ans
- ☐ Environ 5 ans
- ☐ Environ 10 ans
- Le risque de grossesse sous stérilet est :
 - ☐ Inférieur à 1 %
 - ☐ Entre 1 et 5%
 - ☐ Supérieur à 5 %
- Le stérilet protège contre les maladies sexuellement transmissibles :

VRAI / FAUX

- Le stérilet peut être utilisé comme contraception d'urgence :

VRAI / FAUX

III. ET VOUS ?

- Portez-vous ou avez-vous déjà porté un stérilet au cuivre ? OUI / NON
- Seriez-vous intéressée par vous en faire poser un à court terme ? OUI / NON
- SI OUI, pourquoi avez-vous choisi ou choisiriez-vous ce mode de contraception (plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Efficacité
 - ☐ Durée d'action
 - ☐ Simplicité (pas besoin d'y penser, pas de peur de l'oublier)
 - ☐ L'absence d'hormone
 - ☐ Le peu d'effets secondaires
 - ☐ Le faible coût
 - ☐ La contre-indication à une contraception hormonale
 - ☐ Autre (précisez) :
- Quelle est la principale raison (parmi propositions ci-dessus) :

.....

- Si NON, quelles sont vos réticences par rapport à ce moyen de contraception ?
(plusieurs réponses possibles)
 - ☐ Peur de sentir un corps étranger dans son corps
 - ☐ Peur de la pose
 - ☐ Peur d'attraper une infection
 - ☐ Peur d'être stérile
 - ☐ Peur de l'échec
 - ☐ Peur d'avoir des règles abondantes et longues
 - ☐ Peur de la grossesse extra-utérine
 - ☐ Quelqu'un dans votre entourage a eu une mauvaise expérience et vous l'a déconseillé.
 - ☐ Contre-indication médicale au stérilet
 - ☐ Autre (précisez) :

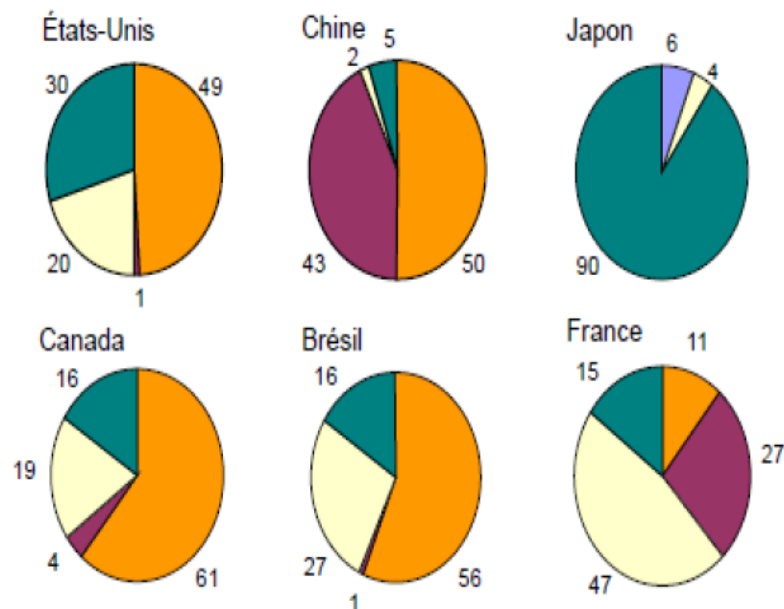
- Quelle est la principale raison (parmi les propositions ci-dessus)
.....

ANNEXE 2 : Méthodes contraceptives utilisées en France et dans le monde

Méthodes de contraception les plus utilisées dans quelques pays du monde
(pour 100 couples mariés pratiquant la contraception en 2000)



Source : Nations unies, *World Contraceptive Use*, 2003
Fiche pédagogique, INED, www.ined.fr



ANNEXE 3 : Cout des différentes méthodes contraceptives

Méthode	Prix	Remboursement
DIU au cuivre	30.50 euros, pour 5 ans	Sécurité sociale 65%
DIU levonorgestrel	125,15 euros pour 5 ans	Sécurité sociale 65%
Pilule oestro-progestative deuxième génération	En moyenne 5 euros les 3 plaquettes	Sécurité sociale 65%
Pilule oestroprogestative troisième génération	Prix libre, entre 5 et 10 euros en moyenne les 3 plaquettes	Non remboursé
Pilule du lendemain	Norlevo 7,4euros, Ellaone 24 euros	Sécurité sociale 65%
Pilule microprogestative Cerazette	Prix libre, environ 11.5 euros les 3 plaquettes	Non remboursé
Pilule microprogestative Microval	Environ 4 euros les 3 plaquettes	Sécurité sociale 65%
Nexplanon	124 euros pour 3 ans	Sécurité sociale 65%
Anneau vaginal	Prix libre, environ 15 euros par mois	Non remboursé
Patch Evra	Prix libre, environ 15 euros par mois	Non remboursé
Progestatif injectable	Environ 3.5 euros pour 3 mois	Sécurité sociale 65%
Diaphragme	Environ 40 euros	Remboursé sur la base de 3.14 euros
Cape cervicale	Environ 60 euros	Non remboursé
Spermicide	7 à 19 euros pour plusieurs doses	Non remboursé
Préservatifs	Masculins environ 0.5 euros, féminins 9 euros les 3	Non remboursé
Stérilisation	Prix variable	Sécurité sociale 80%

D'après : VIDAL, www.choisirsacontraception.fr

THESE SOUTENUE PAR : Anne-Laure CHANZY

**TITRE : Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ?
Enquête auprès de femmes.**

CONCLUSION

La HAS précise dans ses recommandations publiées en 2004 que le DIU chez les patientes nullipares est une méthode utilisable de manière générale, « les bénéfices l'emportant généralement sur les risques avérés ». Pourtant, bien qu'il soit le deuxième moyen contraceptif le plus utilisé en France, il ne concerne seulement que 1,3% des patientes nullipares. Le DIU est souvent perçu dans cette population comme un contraceptif de deuxième voire de troisième intention après échec des autres méthodes.

Notre étude révèle que 80% des femmes nullipares ne choisiraient pas cette méthode à court terme. Les réticences évoquées étaient principalement la peur d'avoir un corps étranger dans son corps et la peur de la pose. Parmi les 20% des intéressées, la simplicité et l'absence d'hormones sont les deux raisons les plus citées.

Seulement 48% des femmes de notre étude ont reçu une information sur ce moyen de contraception. Malgré tout, leurs connaissances générales sont plutôt très satisfaisantes en dehors d'une sous-estimation de la durée d'action et de l'efficacité.

Ces données montrent que les nullipares ont peur de ce moyen de contraception pour lequel elles manquent cruellement d'information de la part du corps médical. Pourtant leurs craintes sont fondées sur beaucoup d'idées fausses qui pourraient facilement être levées par une information appropriée. C'est donc à nous, professionnels de santé, de leur donner une information conforme aux données de la littérature et de proposer le DIU comme une méthode de première intention, au même titre que la pilule oestro-progestative. Il est donc important de renouveler régulièrement nos connaissances et de remettre en question nos pratiques. Une formation pratique sur la pose devrait être proposée de manière plus systématique au cours de nos études et permettrait sans doute de lever des tabous.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le 8/7/2013

LE DOYEN
Pr J.P. ROMANET



LE PRESIDENT DE LA THESE
Pr P. HOFFMANN

BIBLIOGRAPHIE

1/ Bajos N and all *La contraception en France : nouveau contexte, nouvelles pratiques ?* Populations et Sociétés, septembre 2012, numéro 492 : p 1-4

2/ INPES *Contraception : les Françaises utilisent-elles un contraceptif adapté à leur mode de vie ?* Dossier de presse, octobre 2011

3/ INPES CONTRACEPTION : QUE SAVENT LES FRANÇAIS ?

Connaissances et opinions sur les moyens de contraception : état des lieux
juin 2007

4 / K Galaup *Parcours de santé et interruption volontaire de grossesse*

[http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/IVGVFinale.pdf)

[Soins_MS/IVG/IVGVFinale.pdf](http://www.ars.iledefrance.sante.fr/fileadmin/ILE-DE-FRANCE/ARS/2_Offre-Soins_MS/IVG/IVGVFinale.pdf): p 20-27

5/ Bajos N and all « *Pourquoi le nombre d'avortements n'a-t-il pas baissé en France depuis 30 ans ?* » Population et Sociétés, décembre 2004 ; 407 : p 1-4

6/ OMS 2004 *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*

Recommandations : p 10-12

7/ *Ulipristal (ELLAONE) Contraception post-coïtale : pas mieux que le levonorgestrel*

PRESCRIRE, décembre 2009, numéro 314 : p 886-889

8/ De Verbizier A, *DISPOSITIFS INTRA-UTERINS EN MEDECINE GENERALE EN LORRAINE Etat des lieux des pratiques concernant les dispositifs intra-utérins, facteurs influençant leur prescription et leur pose par les médecins généralistes.*

Thèse de médecine générale, avril 2011

9/ Aubain C, Jourdain Menninger D and all, *Evaluation des politiques de prévention des grossesses non désirées et de prise en charge des interruptions volontaires de grossesse suite à la loi du 4 juillet 2001.*

Rapport de l'IGAS, oct. 2009. [Document en ligne]

http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_sur_les_politiques_de_prevention_des_grossesses_non_desirees_et_de_prise_en_charge_des_IVG.pdf

10/ ANAES 2004 *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* Argumentaire, p 49-59

11/ D Serfaty *Contraception* Edition Masson, 2007

12/ *Dispositifs intra-utérins, alias stérilets, une alternative efficace à la contraception hormonale* PRESCRIRE, février 2009, numéro 304: p 113-119

13/ Farley and all, *Intrauterine devices and pelvic inflammatory disease: an international perspective.* Lancet 1992; 339: p 785-788

14/ Hubacher and all *Use of copper intrauterine devices and the risk of tubal infertility among nulligravid women*. N England J Med, aug 2001; 345: p 561-567

15/ B Barnett and all *Le DIU au cuivre : une méthode sûre, efficace et réversible*
Network en français 2000, vol 20, No 1

16/ ARDOIN Claudie *Le stérilet chez la nullipare*. Mémoire de DU contraception (2011)

17/ Peipert JF and all
Continuation and satisfaction of reversible contraception Obstet Gynecol 2011 may;
117 (5): p 1105-1113

18/ Committee on Adolescent health care Long-Active reversible contraception working group, The American College of obstetricians and gynecologists
Adolescents and Long-Acting Reversible Contraception: implants and intrauterine devices, Obstet Gynecol, 2012 Oct;120(4): p 983-988.

19/ Hubacher and all *Copper intrauterine device use by nulliparous women: review of side effects* Contraception, 2007 Jun;75: p 8-11

20/ Chouinard *Le stérilet a-t-il sa place chez les nullipares ?* Formation continue
Le médecin du Québec, mai 2006, vol 41 (5) : p73-75

21/ Lisa BAYER and all *Adolescents experience with intra uterine device insertion and use : a retrospective cohort study*. Contraception, 2012 nov; 86(5): p 443-451

22/ Larra-tore and all *Intrauterine contraception and adolescents and young women: a descriptive study of use, side effects and compliance* J Pediatr Adolesc Gynecol. 2011 Feb;24(1): p 39-41.

23/ Bulletin Epidémiologique hebdomadaire - 3 octobre 2006 – « *Chlamydia trachomatis : études de prévalence dans des structures de médecine à vocation préventive* »

http://www.invs.sante.fr/beh/2006/37_38/index.htm

24/ Fleming, Sokoloff and all *Attitudes and beliefs about the intrauterine device among teenagers and young women*. Contraception 2010 Aug;82(2): p 178-182

25/ Whitaker and all *Adolescent and young adult women's knowledge of and attitudes toward the intrauterine device*. Contraception, 2008 Sep;78(3): p 211-217.

26/ Secura and all *The contraceptive CHOICE Project : reducing barriers to long-active reversible contraception*. Am J Obstet Gynecol. 2010 Aug;203(2):115.e1-7

27/ Crystal P Tyler and all *Health care provider attitudes and practices related to intrauterine devices for nulliparous women* Obstet Gynecol. 2012 Apr;119(4): p 762-771.

28/ Kohn and all *Knowledge and Likelihood to Recommend Intrauterine Devices for Adolescents Among School-based Health Center Providers* J Adolesc Health. 2012 Oct;51(4): p 319-324.

29/ Stubbs, Schamp and all *The evidence is in. Why are IUDs still out?* Can Fam Physician. 2008 Apr;54(4):p 560-566.

30/ Black, Lotke and all *A review of barriers and myths preventing the more widespread use of intrauterine contraception in nulliparous women* Eur J Contracept Reprod Health Care. 2012 Oct;17(5): p 340-350

31/ Delhendorf and all *Health care providers' knowledges about contraceptive evidence : a barrier to quality family planning care?* Contraception. 2010 Apr;81(4): p 292-298.

32/ Hladky and all *Women's knowledge about intrauterine contraception* Obstet Gynecol. 2011 Jan;117(1):p 48-54.

33/ Options for sexual health, intra uterine device

<https://www.optionsforsexualhealth.org/birth-control-pregnancy/birth-control-options/iuds>

34/ Denant Dorothée *Freins et réticences à l'utilisation du dispositif intra-utérin chez les nullipares en médecine générale*. Thèse de médecine générale, novembre 2012

35/ A Couvreur, F Lehuède *Essai de comparaison de méthodes qualitatives et quantitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs.*

CREDOC (Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie), novembre 2002

36/ Larmagrange, Département de science sociale. Université Paris 5 René Descartes *Déroulement des enquêtes quantitatives et/ou qualitatives*

http://joseph.larmarange.net/IMG/pdf/deroulement_enquete.pdf,

37/ INSEE statistiques *Répartition par sexe et par groupe d'âges quinquennaux*

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATnon02150

38/ INSEE statistiques *Niveau de diplôme selon l'âge en 2011*

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef07232

39/ Garay E *Evaluation des connaissances des patientes consultant dans le centre d'orthogénie d'Evreux sur les différentes méthodes contraceptives et leurs modes d'utilisation.* Thèse de médecine générale, avril 2012

40/ Dietrich N *Les femmes et la contraception : Leurs connaissances sont-elles suffisantes pour permettre une contraception efficace ?* Mémoire DU contraception, 2012

41/ Macchi M *Evaluation de l'application des recommandations de l'HAS de 2004 sur les « stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme » par les prescripteurs. Etude rétrospective sur une population de patientes consultant au centre d'orthogénie de l'hôpital Robert Ballanger pour une demande d'IVG.*

Thèse de médecine générale, décembre 2010

42/ Johnson A, Sandford J, Tyndall J *Written and Verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home.*

Cochrane Database of Systematic Reviews 2003

43/ ANSM *Risque thromboembolique veineux attribuable aux contraceptifs oraux combinés (COC) et évolution de leur utilisation : résultats des études de l'ANSM.*

Communiqué du 26/03/2013

44/ ANSM *Evolution de l'utilisation en France (Décembre 2012- Février 2013) des Contraceptifs Oraux Combinés et premières données concernant les autres contraceptifs,* Mars 2013

Pourquoi les nullipares ne choisissent pas plus le DIU ? Enquête auprès de femmes.

Le nombre d'IVG en France reste stable depuis quelques années malgré une large diffusion de la contraception. 2/3 des IVG sont dues à un échec contraceptif, notamment de la pilule, qui est le moyen le plus répandu chez les femmes jeunes. Le stérilet au cuivre a depuis 2004 l'AMM chez les nullipares. Il est cependant très peu utilisé dans cette population (1.3% en 2010) et reste l'apanage des femmes plus âgées multipares. Nous avons voulu savoir quelles sont les opinions et connaissances des nullipares sur ce moyen contraceptif.

Nous leur avons pour cela distribué des questionnaires anonymes dans trois centres de l'agglomération Grenobloise.

190 questionnaires ont été analysés. Seulement 48% des femmes avaient reçu préalablement une information de la part d'un professionnel de santé sur le stérilet. 80% des femmes nullipares ne choisiraient pas cette méthode à court terme. Les principales réticences évoquées sont la peur d'avoir un corps étranger dans son corps et la peur de la pose. Les deux principaux avantages sont la simplicité d'utilisation et l'absence d'hormone. L'âge, le niveau d'étude, le lieu d'habitation et le statut conjugal n'influent pas le choix ou non de cette méthode. Après évaluation par quizz, 73% des femmes ont au moins quatre bonnes réponses sur sept et ont donc des connaissances plus que satisfaisantes.

Ces données montrent que les nullipares sont plutôt réticentes envers ce moyen contraceptif. Pourtant leurs craintes sont fondées sur beaucoup d'aprioris et pourraient facilement être levées par une information appropriée de la part des professionnels de santé.

Mots clés : Contraception, DIU au cuivre, nullipares, réticences, connaissances

Why nulliparous no more choose the IUD? Investigation among the women.

The number of abortions in France remains stable in recent years despite a large distribution of contraception. 2/3 of abortions are due to contraceptive failures, including the pill failure, which is the most prevalent method among young women. Since 2004, the copper IUD is authorized for nulliparous. However, it is rarely used in this population (1.3% in 2010) and remains the prerogative of older women, and multiparous. We wanted to know the opinions and knowledge of nulliparous about copper IUD.

For this, we distributed anonymous questionnaires from them in three centers in Grenoble city. 190 questionnaires were analyzed. Only 48% of women previously received information from the health practitioners on the IUD. 80% of nulliparous would not choose this contraceptive way at short-term. The main reluctances are the fear of having a foreign body inside their womb and the fear of pain with device insertion. The main reasons of interest are the simplicity of use and the non-requirement of hormones. Age, study level, place of residence and marital status do not influence the choice of this method. After a quiz evaluation, 73% of women correctly answered at least four questions over seven and therefore have sufficient knowledge.

These data show that nulliparous women are quiet reluctant to use the IUD. However, their fears are based on many misconceptions that could easily be removed by appropriate information from health practitioners.

Key words: contraception, copper IUD, nulliparous, reluctances, knowledge